58

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920-21 — **THÈSE** — N° .....

POUR LE

Doctorat en Médecine

présentée par Marcel **BAGOU**

né à Puybrun (Lot), le 15 Décembre 1892

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

ULCÉRATIONS CHANCRELLEUSES

des Doigts et de la Main

Président : M. JEANSELME, Professeur

BRIVE

IMPRIMERIE CATHOLIQUE

1920

Faculté de Médecine de Paris

Doyen	M. ROGER.
Assesseur du doyen	M. POUCHET.
Professeurs titulaires	MM.
Anatomie descriptive	NICOLAS.
— médico-chirurgicale	CUNEO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCCA.
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BEZANÇON.
Physiologie	Ch. RICHET.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
— externe	N...
— interne	N...
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MENETRIER.
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	GILBERT.
Cliniques médicales — Saint-Antoine	CHAUFFARD.
Cliniques médicales — Cochin	WIDAL.
Cliniques médicales — Beaujon	ACHARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié	VAQUEZ.
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	HARTMANN.
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	LEJARS.
Cliniques chirurgicales — Cochin	DELBET.
Cliniques chirurgicales — Salpétrière	GOSSET.
Cliniques obstétricales — Tarnier	BAR.
Cliniques obstétricales — Baudelocque	COUVELAIRE.
Cliniques obstétricales — Pitié	BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
— — infectieuses	TEISSIER.
— — nerveuses	Pierre MARIE.
— — mentales	DUPRÉ.
— infantile médicale	N...
— d'hygiène de la première enfance	MARFAN.
— infantile chirurgicale	Auguste BROCCA.
— des voies urinaires	LEGUEU.
— gynécologique	J.-L. FAURE.
— ophtalmologique	de LAPERSONNE.
— oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.

MM. — Agrégés en exercice

GREGOIRE.	BAUDOUIN.	ALGLAVE.	HEITZ-BOYER.
ROUVIERE.	CHIRAY.	BASSET.	RICHAUD.
BRANCA.	CLERC.	CHEVASSU.	TIFFENEAU.
CHAMPY.	FIESSINGER.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTINE.
MULON.	GOUGEROT.	LARDENNOIS.	
RETTERER.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TERRIEN.
ROUSSY.	LEMIERRE.	MOCQUOT.	GUENIOT.
BLANCHETIERE.	LEREBOULLET	OKINCZIC.	JEANNIN.
H. LABBE	LERI.	SCHWARTZ.	LE LORIER.
GUILLEMINOT.	RATHERY.	GARNIER.	LEQUEUX.
J. CAMUS.	RIBIERE.	DEBRE.	LEVY-SOLAL.
JOYEUX.	TANON.	PHILIBERT.	METZGER.
ABRAMI.	VILLARET.	DUVOIR.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon frère, le Sergent Robert BAGOU

mort pour la France en 1917

A la mémoire de mon grand-père, le Docteur ALBY

Ancien interne-Lauréat des Hôpitaux de Paris

A mon Père, le Docteur BAGOU

A MA MERE

A MES MAITRES dans les Hôpitaux

A M. le Docteur THIBIERGE

Médecin de l'Hôpital St-Louis

Président de la Société française de Dermatologie

Membre de l'Académie de Médecine

qui a bien voulu nous inspirer ce sujet, et veuille, ici, agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A M. le Professeur JEANSELME

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

Membre de l'Académie de Médecine

qui nous a fait l'honneur de vouloir bien présider notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÉRATIONS CHANCRELLEUSES

des doigts et de la main

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de rencontrer, à l'hôpital St-Louis, des malades atteints d'ulcération chancrelleuse des doigts, dont un cas particulièrement intéressant, nous avons été frappé de l'allure un peu spéciale de la lésion, siégeant en ce point de l'économie. Sans doute, le bacille de Ducrey, en quelque région du corps que le hasard ou la volonté de l'expérimentateur vienne à le fixer, provoque des lésions caractéristiques du même type, ne différant guère les unes des autres que par des points de détail relativement secondaires. Cependant, cette diversité de forme, ces différences d'aspect clinique, si faibles soient-elles, peuvent surprendre l'observateur non averti et l'amener à des erreurs de diagnostic et de traitement éminemment regrettables. Tel est le cas, notamment, du chancre simple du doigt et de la main.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter l'observation qu'il nous avait été donné de rencontrer, d'en noter les particularités, et faisant une courte et rapide revue d'ensemble de la question, de prendre cette localisation de l'infection chancrelleuse comme sujet pour notre thèse de doctorat.

Qu'il me soit permis ici de remercier notre maître, M. le docteur Thibierge, des multiples marques de bienveillance qu'il nous a données pendant notre passage dans son service d'avoir

bien voulu nous inspirer ce sujet et guider notre travail de sa vieille et haute expérience, universellement admirée et consultée. Nous ne saurions également oublier, dans nos remerciements, M. le professeur Jeanselme du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Comme cadre de notre travail nous nous en sommes tenu aux divisions traditionnelles, nous avons adopté la disposition classique de la revue générale. Sans doute, on pourra reprocher à cette sorte de plan d'être fastidieux, artificiel, de ne pas donner l'impression d'originalité et de réalité clinique. Mais nous avons préféré à une impression trompeuse, une étude plus claire et simple, tout en suivant de près les données de l'observation.

HISTORIQUE

La connaissance et la description des lésions ulcéreuses, d'origine chancrelleuse, siégeant au doigt ou à la main, appartient à une époque relativement récente. Sans doute, il n'est pas douteux que les ulcérations de cette nature n'étaient pas inconnues des auteurs de l'antiquité. Déjà, Hippocrate en parle, mais d'une façon succinte et assez peu nette. Une description beaucoup plus précise et détaillée nous est fournie par Celse, au dix-huitième chapitre du VI[e] livre de son important traité *De Medicinâ*. A travers les réticences et les précautions oratoires de l'auteur, on peut reconnaître assez exactement, et rattacher à des catégories actuellement existantes les lésions qu'il y décrit. Le caractère destructif du processus ulcéreux, notamment, ainsi que les symptômes essentiels des bubons y sont bien mis en évidence. Au paragraphe 4, nous trouvons exposé, d'une façon précise, le traitement des ulcérations, qui n'est autre que la cautérisation ignée avec la technique appropriée aux différents cas. Mais l'auteur borne son étude aux lésions *quæ ad obscenas partes pertinent* et qui appartiennent à des genres de maladies « que l'on ne révèle jamais à d'autres que malgré soit » dit-il. Gallien, pas plus que Dioscoride ne parle non plus de localisations extragénitales. Ces formes n'étaient pourtant pas inconnues de l'Antiquité. Martial, dans ses épitres, et Juvénal, dans ses satires, criblent de leurs épigrammes, plus ou moins transparents, divers personnages de leur temps, faisant allusion à des *ulcera sicca puraque* ou bien *humida purulenta* siégeant à des parties anormales et imprévues du corps, dues à quelques *indecens morbus*. Mais la contamination de la main ou des doigts n'est pas indiquée. Même si-

lence chez les savants ou chroniqueurs qui parlent de la question. Avicenne, Guillaume de Salicet, et Pausanias dans son histoire Lausiaque. Guy de Chauliac, dans sa « Grande chirurgie » décrit assez bien des « ulcères virulents, pourris et chancreux » qui paraissent caractéristiques, mais qui siégent seulement aux organes génitaux.

Voici que tout au début du XV[e] siècle apparaît une maladie nouvelle, terrible, dont les chroniqueurs parlent avec effroi. En 1540, dans les premiers chapitres de son traité *de morbis contagiosis*, Fracastor en fixe les principaux caractères, en même temps qu'il lui donne son nom. C'est la syphilis. Etait-ce une maladie vraiment nouvelle, importée de pays inconnus, ou bien seulement l'essor extraordinaire d'une affection déjà existante ? Cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable.

Par la suite, les descriptions de Fracastor et de Jean de Vigo sont considérablement augmentées et déformées, et nous voyons Nicolas Massa faire de tous les chancres des lésions syphilitiques. On ne tarde pas à y englober la blennorragie et même la gale, sous le nom de mal vénérien. Il ne saurait être question à cette époque de chancre simple, au doigt pas plus qu'ailleurs, la preuve de la nature de l'affection n'étant pas possible. La confusion continue à régner, dans le cours des siècles, et à être admise par les plus grands esprits : Falloppe, Botal, Jean-Louis Petit et enfin Astruc. La dictinction des deux sortes de chancres commence cependant à être entrevue en 1786 par Hunter et par Carmichaël. Mais ce n'est qu'au milieu du XIX[e] siècle, en 1852, que Bassereau, à la suite de longues et patientes études, et grâce « à la méthode de confrontation des malades » parvint à fournir la démonstration de la dualité des deux affections. Cette doctrine fut, dès le début, violemment critiquée et combattue, en particulier par Clerc, dans son mémoire à la Société des Sciences médicales de Paris. Mais, par la suite, les importants travaux de Rollet, confirmant ceux de Bassereau et les complétant, ainsi que ceux d'Alfred Fournier et de Diday, achevèrent de fournir la preuve de la dualité des deux chancres. Cette théorie scientifique ne tarda pas à être universellement admise, en particulier par Ricord, qui s'en fit le plus éloquent défenseur.

En 1889, au congrès international de dermatologie de Paris, Ducrey, dans un mémoire remarquable, annonce la découverte de l'agent pathogène de l'ulcération chancrelleuse et donne une description détaillée et complète du bacille. Cette importante découverte permit d'apporter une précision nouvelle dans l'étiologie des lésions chancrelleuses et, en particulier, à celles du doigt et de la main. La culture du bacille fut pratiquée avec succès par Nicolle, Cheinisse et par Bezançon, Griffon et Lesourd. En 1905, MM. Thibierge, Ravaud et Lesourd, reprenant et complétant les anciennes tentatives d'Auzias-Turenne, parviennent à inoculer le chancre simple au singe-macaque, déterminant des accidents très nets, auto-inoculables, avec présence de bacilles de Ducrey. Ces auteurs font remarquer, en outre, que le chancre simple n'est pas indéfiniment reinoculable au même sujet, et que, très régulièrement, on a un échec à la 3e ou 4e inoculation.

La première en date des observations de chancre simple des doigts remonte au 15 mai 1790. Nous la trouvons reproduite dans le « Cours de chirurgie pratique des maladies vénériennes » de Lombard, et signalée dans le traité de Clerc. Il s'agit d'une observation très succinte, peu précise ; la nature des lésions paraît douteuse. Ricord, dans son « Traité pratique des maladies vénériennes » en 1838, rapporte le premier cas typique de chancre du doigt. L'inoculation du pus, à la cuisse, donne un résultat positif et fournit la preuve de l'origine de la lésion. Par la suite, les observations se multiplient. Clerc, Profeta, Jullien, Mauriac, en publient de nouveaux exemples.

FRÉQUENCE DE L'AFFECTION

Il n'est pas douteux que les affections chancrelleuses du doigt et de la main constituent une éventualité rare. Ricord, qui dans sa longue carrière avait observé par mal de chancres, doutait même de leur existence. Ce qui n'empêchat pas cet auteur, raconte Alfred Fournier, d'être atteint lui-même d'un chancre « phagédénique » du pouce.

Debange, de l'Antiquaille, sur 206 cas de chancres génitaux, n'en observe pas un seul au doigt ou à la main.

La statistique de Ricord et de Fournier n'est guère plus riche et ces auteurs ne signalent que 2 cas sur 788. De même les statistiques publiées dans la suite par divers dermatologistes :

AUTEURS	CHANCRES génitaux	CHANCRES du doigt et de la main
Le Fort	736	2
Le Pileur	79	1
Millet	210	2
Pétersen	5.363	2

Dubreuilh et Audry qui rapportent de nombreux cas de chancrelles n'en signalent pas aux doigts.

En 1896, Grolleau, dans sa thèse, ne peut réunir, en fouillant dans la littérature médicale, qu'un total de 17 cas d'ulcérations chancrelleuses des doigts et de la main.

En 1902, Ullmann, de Vienne, passant en revue les cas de chancres extragénitaux, publiés jusqu'à cette date, ne trouve que 22 cas de chancres des doigts ou de la main, dont 18 hommes et 4 femmes.

MM. Druelle et Thibault, en 1911, dans le travail d'ensemble qu'ils consacrent à la question, parviennent à réunir, cependant, 52 observations.

La statistique de Brünner, complétant celle d'Ullmann, n'est

pas aussi riche, et cet auteur ne rencontre que 38 cas seulement. Voici, d'ailleurs, le détail du tableau publié par cet auteur, des diverses localisations extragénitales du chancre simple :

SIÈGE	CHANCRES avec vérification bactériologique	CHANCRES sans vérification bactériologique
Doigts	21	38
Lèvres	5	16
Extrémités inférieures	4	1
Extrémités supérieures	7	7
Visage	4	9
Langue	2	4
Conjonctive	»	4
Thorax	»	4
Fesse	»	3
Bouche et Pharynx	»	3
Amygdales	1	1
Sièges variés	2	2

Mais l'on peut admettre facilement que cette rareté est beaucoup plus apparente que réelle. Il est bien probable que, comme le dit Fournier à propos des chancres extragénitaux, en général, si on ne les trouve pas plus souvent c'est qu'on les recherche avec des caractères qu'ils n'ont pas. Il y a lieu de penser que souvent il n'a pas été reconnu d'une façon certaine, ou bien que les observateurs n'ont pas jugé bon de publier le cas.

Pour notre compte personnel, complétant les statistiques déjà parues, nous avons pu découvrir, jusqu'à ce jour, dans les publications françaises et étrangères un total de 76 observations de chancres simples des doigts et de la main. Ce chiffre, tout considérable qu'il paraisse, n'est certainement pas définitif, car il est probable qu'un certain nombre d'observations ont été omises, surtout pendant la guerre.

Bien que beaucoup de données nous fassent défaut sur cette

période, et qu'il soit difficile de porter une appréciation d'ensemble, les rapports des centres vénéréologiques d'armée et des hôpitaux spécialisés, permettent de constater que si le chancre simple a subi, pendant la guerre, une énorme diffusion, on n'a signalé que très peu de localisations extragénitales. En somme, ces formes sont aussi rares que précédemment.

ÉTIOLOGIE

L'origine de lésions chancrelleuses des doigts et de la main est connue depuis longtemps et a été, d'emblée, attribuée à la contagion. L'ulcération dérive toujours d'une cause locale, en l'espèce d'un contact septique avec des lésions ulcéreuses de même nature, ou des produits virulents qui en dérivent. Mais, comme ailleurs, la contamination exige, pour se faire, une solution de continuité de l'épiderme. C'est un détail que nous rencontrons fréquemment dans nos observations et qui paraît indispensable au développement de l'inflammation. La peau saine offre aux doigts et à la main une barrière solide aux divers agents pathogènes. Aussi faut-il au bacille une porte d'entrée, si minime soit-elle. Il s'agit, en général, d'une petite coupure, d'une excoriation de grattage, parfois d'une brûlure ou d'une ulcération antérieure.

Le plus souvent il faut incriminer l'auto-infection. Dans l'immense majorité des cas il s'agit de sujets déjà porteurs de lésions ulcéreuses de même nature dans la zone génitale. La contagion se réalise alors directement et de la façon la plus simple par le transport du pus des organes génitaux au doigt ou à la main. L'on conçoit aisément la facilité d'une pareille contamination.

Dans d'autres cas, infiniment plus rares, et dont nous ne possédons que quelques exemples, il s'agit d'une infection primitive. L'ulcération du doigt se développe sans que le sujet présente ailleurs de lésions identiques. Il s'agit d'une maladie contractée auprès d'un autre individu, d'un autre malade. C'est une hétéro-infection. Cette hétéro-infection peut être immédiate par con-

tact direct avec les surfaces ulcéreuses contagieuses. Nous en possédons trois cas dans lesquels cette étiologie a pu être mise en lumière.

Dans d'autres faits, il s'agit d'une infection médiate par l'intermédiaire de linges ou d'objets souillés de produits virulents. Ce mode de contagion était relativement plus fréquent jadis, lors de la période pré-antiseptique. Ricord et Fournier nous en rapportent quelques cas. Ce dernier auteur citait même le cas d'un malade de Spérino qui aurait été contaminé par une lancette ayant servi sept mois auparavant à ouvrir un bubon. Mais c'est là un fait bien extraordinaire et qui doit être considéré comme extrêmement douteux.

Une place spéciale doit être faite aux inoculations professionnelles. Elles surviennent chez les médecins, infirmiers, sage-femmes, à l'occasion de l'exercice de leur profession. Il existe dans la littérature des cas anciens, simplement signalés sans détails. Alfred Fournier cite celui, légendaire, de Ricord qui eut un chancre phagédénique du pouce, ainsi que celui de Puche qui eut un chancre de l'index. Un externe de Lourcine et deux internes de l'Antiquaille voient apparaître des chancrelles des doigts après avoir accouché des femmes atteintes d'ulcérations génitales. Un de ces derniers eut même un bubon axillaire suppuré, qu'il fallut inciser. Deux fois des infirmières furent victimes des soins qu'elles donnaient à leurs malades.

D'autre fois, comme dans nos observations XI XII et XIII il s'agit de véritables inoculations par piqûre. Un médecin-militaire, en débridant un phimosis chez un malade atteint de chancrelles, se pique au pouce avec une aiguille à suture. Il contracte un chancre extrêmement grave avec nombreuses complications.

Un autre médecin, opérant un bubon, voit la pointe de son bistouri dévier par un faux mouvement et venir lui piquer la peau de la main. Il en résulte un chancre simple particulièrement long à guérir.

Un infirmier se pique en rangeant des instruments sales, venant de servir à opérer ; il contracte un chancre également sérieux.

Maurice, se basant sur la plus grande durée d'apparition du chancre d'inoculation, lors de la contamination par hétéro-infection, prétendait que les lésions chancrelleuses, obtenues ainsi, étaient plus bénignes. Mais cette opinion, peu vraisemblable en soi, est démentie par la plupart de nos observations, qui semblent plutôt démontrer le contraire.

Quelle est la localisation la plus fréquente des ulcérations chancrelleuses? Le plus souvent c'est la main droite qui se trouve atteinte. Les doigts bien plus fréquemment que la paume ou le dos de la main.

Parmi les doigts, c'est l'index qui se trouve touché de préférence. Dans 50 o/o des cas c'est de lui dont il s'agit. Le médius et le pouce se trouvent atteints dans 15 et 18 o/o des cas. L'annulaire et l'auriculaire plus rarement dans 7 o/o des cas. On observe, ici, comme dans le chancre induré, la même localisation prédominante. Il est à remarquer qu'il existe une prédilection spéciale pour le pourtour de l'ongle, ce qui s'explique par la fréquence des petites excoriations, des envies, qui siégent à ce niveau. C'est d'ailleurs là le siège favori du chancre syphilitique.

Contrairement à ce qui existe aux organes génitaux, il est exceptionnel d'observer des chancres multiples, etc. Nous voyons cette multiplicité d'ulcérations chancrelleuses signalée dans huit cas seulement. Ce fait n'est d'ailleurs pas étonnant. D'une part, l'infection des excoriations est beaucoup moins facile à réaliser ici que là. D'autre part, au doigt, l'épithelium de revêtement est infiniment plus résistant et moins vulnérable. Le grattage et les petits traumatismes sont beaucoup moins efficaces. Mais, parfois, il peut s'agir de contaminations successives, en plusieurs fois, pouvant résulter d'inoculations génitales. Bien que le chancre syphilitique des doigts soit rare, et qu'en 1899, Alfred Fournier n'en ait rassemblé que 87 cas, il est à noter qu'il est beaucoup plus fréquent que le chancre simple de la même région, et que l'on aura plus souvent l'occasion de le rencontrer.

Divers auteurs viennois se sont attachés à établir, par des statistiques longues et minutieuses, la fréquence des chancres simples dans les divers corps de métier. Rien de semblable n'a été fait pour ce qui nous occupe. Cependant, il paraît ressortir des

observations, où la profession du sujet a été indiquée, que ce sont les manœuvres, porte-faix, journaliers, les plombiers-zingueurs et assez fréquemment les coiffeurs, qui se trouvent atteints.

BACTÉRIOLOGIE

L'agent pathogène des ulcérations chancrelleuses en général, était soupçonné depuis longtemps. Mais, ce n'est qu'en 1889, au Congrès international de Dermatologie de Paris, que Ducrey décrivit le microbe spécifique de la maladie. C'est un bacille, très court, mesurant 1, M 48 sur 0, M 5 de large. Il existe dans le pus chancrelleux en assez grande abondance, mais il arrive souvent qu'il soit mêlé à des microbes d'infection secondaire qui masquent sa présence. Dans le pus, il peut être isolé ou en chaînettes. Parfois les chaînettes peuvent être groupées en faisceaux. Souvent il est libre, mais on peut parfois le rencontrer à l'intérieur de leucocytes.

Le bacille du chancre simple ne prend pas le Gram, et se colore bien par les colorants ordinaires. Son caractère essentiel, c'est d'être coloré en navette, c'est-à-dire que son centre reste incolore et paraît vide, tandis que le pourtour prend le colorant surtout aux extrémités, qui semblent coiffées de petites calottes violettes. L'identification du bacille est facile. Il suffit de trouver dans le fr[illegible] convenablement prélevé, des bacilles en navette, pour pouvo[illegible]clure qu'il s'agit de bacilles de Ducrey. Une erreur à éviter est celle qui consiste à prendre des diplocoques pour du bacille de chancre simple. Cette erreur est surtout facile dans les cultures, où les éléments microbiens sont un peu modifiés. Mais dans les diplocoques, les grains constituant l'association sont plus gros que les calottes polaires du bacille en navette et il est régulièrement arrondi. Ensuite l'intervalle qui sépare les deux diplocoques accolés est constitué par une fente. Dans le bacille de Ducrey, l'espace clair médiou est plus considérable. Dans certains éléments, principalement dans le pus, il atteint le double ou le triple de la dimension des calottes polaires colorées. Enfin, dans les bonnes préparations, bien colo-

rées, on peut apercevoir sur les côtés de cet espace clair central une mince membrane latérale réunissant les 2 calottes polaires

Cependant, il faut savoir que certains colorants diffusibles donnent une teinte floue à l'espace clair central, enlevant tout aspect caractéristique aux bacilles. M. Queyrat a proposé une méthode de coloration par le mélange ; Ziehl, bleu de méthylène. Krefling se sert du bleu de méthylène boriqué. Pour nous, nous avons utilisé avec succès la thionine phéniquée et surtout le bleu polychrome qui donne de très belles préparations. Dans le pus des bubons le bacille de Ducrey existe d'une façon constante, mais il est très clairsemé et il est exceptionnel de pouvoir le rencontrer. Rille prétend que l'on ne peut le déceler que dans 8 o/o des cas seulement.

Le bacille de Ducrey ne pousse pas sur les milieux usuels, ni sur la gélatine, la gélose, le bouillon, le lait, la gélose-ascite, la gélose-peptone.

Il se cultive avec succès sur la gélose au sang ou bien sur le sérum non coagulé de lapin. Le pus, prélevé aseptiquement, est ensemencé par grattage en stries de la surface nutritive ; on ensemence également l'eau de condensation du fond. On obtient ainsi, après 24 heures d'étuve à 37°, des colonies arrondies, brillantes, un peu saillantes, qui deviennent opaques et grisâtres. Elles sont adhérentes au fond. A l'examen microscopique on reconnaît l'aspect en navette. Les éléments sont isolés, mais le plus souvent groupés en chaînettes, qui elles-mêmes se disposent parfois en amas. Dans le liquide de condensation, du fond du tube, trouble et floconneux, on trouve d'énormes chaînettes, extrêmement longues. Mais les éléments sont grêles, l'espace clair tout petit, difficile à déterminer. Sur les milieux constitués de sérum liquide de lapin, le bacille se dispose en chaînettes plus courtes, mais extrêmement flexueuses et enchevêtrées. MM. Bezançon, Griffon et Lesourd, dans leurs importants travaux sur la culture du bacille du chancre simple, ont remarqué que la teinture d'iode ne tuait pas le bacille de Ducrey. Ils ont utilisé, avec succès, la teinture d'iode dans la désinfection des ulcérations chancrelleuses, afin de se débarrasser des microbes d'infection secondaire et d'obtenir des cultures pures. Dans le même

but, Gravagna s'est servi de la méthode des dilutions successives de Casagrandi.

Sur la toxine du bacille de Ducrey peu de travaux ont été faits. Ce n'est qu'en 1908 que Zowinski a montré que la toxine, retirée du bacille par dissolution dans l'alcool, avait une action nocive générale et locale, mais qu'elle était étroitement adhérente au corps du bacille. D'autre part, les corps des microbes, après avoir été soigneusement agités avec de l'alcool, conservaient leur aspect extérieur, mais avaient perdu tout pouvoir pathogène pour l'homme et les animaux.

Ces études, complétées par Ito, en 1912, montrèrent que les milieux de culture et, en particulier, l'eau de condensation, où des bacilles poussaient très épais, ne présentaient qu'un coefficient toxique extrêmement faible pour le cobaye. Au contraire l'émulsion de bacilles, préalablement tués par une solution faible d'acide phénique et par chauffage à 60°, conservait un pouvoir toxique considérable vis à vis des animaux. Il s'agit donc d'une toxine adhérente au corps microbien et qui n'est pas diffusible.

Les recherches biologiques du même auteur ont montré qu'il n'existait aucune immunité active ou passive contre le bacille ou sa toxine. On ne peut déceler chez les animaux préparés, la présence d'anticorps qui puisse neutraliser l'antigène introduit artificiellement ou bien les produits secrétés au niveau du chancre. D'ailleurs le fait était connu depuis longtemps que les inoculations successives ne conféraient aucune immunité, et la preuve expérimentale en avait été faite par les expériences extrêmement précies de MM. Thibierge, Ravaud et Lesourd, bien que l'on ne puisse pas obtenir, chez l'animal, des réinoculations successives indéfinies.

Chez les sujets sains, la recherche des précipitives spécifiques des filtrats parfaitement clairs de culture de bacilles de Ducrey, n'a donné aucun résultat. Chez les sujets atteints de bubons volumineux les résultats se sont montrés inconstants, mais, en général, positifs. Cette méthode s'est trouvée un peu trop infidèle pour avoir une portée pratique.

De même, la recherche des propriétés agglutinantes du sérum

de malades, porteurs d'ulcérations étendues chancrelleuses, n'a donné que des résultats médiocres. La réaction ne débutait qu'à partir d'une dilution de 1/100, ce qui lui enlevait toute valeur spécifique.

Mais l'on a pu déceler, dans le sérum des animaux injectés ou dans le sang des malades, la présence certaine de corps anaphylactisants. Les animaux ayant subi plusieurs injections de sérum de malade, ou bien de sérum d'animaux ayant reçu eux-mêmes des injections de toxine, étaient tués par une dose de toxine pure, trois fois moins forte que la dose normalement mortelle. Le sérum des malades atteints de chancre les sensibilisait donc vis à vis du bacille de Ducrey et de sa toxine. Un tiers de la dose mortelle habituelle suffisait à les tuer.

Associations microbiennes. — En dehors du bacille de Ducrey on trouve fréquemment dans les ulcérations chancrelleuses, principalement au doigt et à la main, une flore microbienne très riche. La présence du staphylocoque blanc ou doré est extrêmement fréquente ; on peut rencontrer, en outre, le protéus, le tétragène, les streptocoques, le bacillus cutis communis de Nicolle. Harold de Londres a trouvé un microbe particulier, qui modifierait grandement l'aspect clinique des plaies, et qui présenterait une grande analogie avec le bacille diphtéroïde de Herlst et Gatewood. Ces associations microbiennes peuvent parfois donner aux ulcérations un aspect différent des lésions habituelles.

SYMPTOMATOLOGIE

Sans doute bien des auteurs se sont attachés à mettre en lumière quelques-uns des traits principaux des ulcérations chancrelleuses des doigts et de la main. Mais, à notre connaissance, il n'a pas été entrepris d'étude systématique des symptômes de l'affection. Certains dermathologistes, tels que Berdal, du Castel et Druelle, frappés du polymorphisme des lésions, jugeaient même cette étude d'ensemble difficile à mener à bien. Cependant en relisant les observations que nous avons pu rassembler, il nous a paru qu'un grand nombre de cas présentaient un grand

nombre de points communs. On pouvait donc les classer dans un même groupe, les décrire dans un même tableau clinique.

Nous décrirons d'abord une forme ulcéreuse, typique. Puis les diverses modalités que peut prendre la lésion, suivant son aspect clinique, suivant les affections qu'elle peut simuler, suivant son siège, suivant son évolution.

Forme Ulcéreuse

Nous prenons, dans notre description, comme type, cette forme qui est, en somme, la plus fréquente. Nous en possédons de nombreuses observations, particulièrement instructives.

Début. — Dans quelques cas, il a été possible de suivre, dès le début, dès les premières heures, l'évolution d'un chancre simple des doigts ou de la main. Ce début s'est montré, en général, comparable aux inoculations expérimentales dans un but de diagnostic.

L'incubation du chancre simple des doigts ou de la main est extrêmement courte, comme celle des chancrelles, en général. Elle ne dépasse guère, en général, 24 ou 36 heures, si bien que l'on a pu douter de son existence. Mais parfois, exceptionnellement, l'incubation peut atteindre quatre à cinq jours et même plus.

Dès le jour qui suit l'inoculation septique, on voit apparaître au point inoculé une petite zone inflammatoire rouge, tendue, douloureuse. Cette zone, de volume variable, mais ne dépassant guère celui d'un pois, est plane, avec une toute petite élevure, une saillie minime à son centre. Les bords de la zone enflammée sont, en général, assez nettement délimités. Ensuite, au centre de l'aréole, au point inoculé, et en relation avec la surface d'inoculation, se forme une petite vésico-pustule blanchâtre, saillante, arrondie, remplie de sérosité purulente. Cette vésicule a des dimensions en rapport avec l'érosion, ou la solution de continuité de l'épiderme, par laquelle se fait l'inoculation. Elle est, en général, toute petite, ne dépassant pas, dès le début, le volume d'un grain de mil (obs. XII.)

Parfois la petite phlyctène atteint des dimensions beaucoup

plus considérables. Elle décolle largement l'épiderme tout autour et peut avoir de 4 à 10 $^{m}/^{m}$ de diamètre.

Quelle que soit sa grandeur, les caractères de cette phlyctène, caractéristique du chancre au début, sont les suivants :

C'est une petite élévation creuse, remplie de liquide, siégeant dans l'épiderme décollé, nettement limitée et circulaire. Elle consiste en un soulèvement bulleux de la couche cornée, avec infiltration du corps muqueux de Malpighi et de la couche papillaire du derme, avec cellules migratrices, aboutissant, par la suite, à leur destruction.

La mince pellicule épidermique de la phlyctène peut tomber spontanément ; souvent elle est arrachée par le patient lui-même. Il apparaît alors, par dessous, un ulcère arrondi, excavé, présentant, en somme, l'aspect typique des ulcérations chancrelleuses en général. Siebert et certains dermatologistes étrangers, notent un certain nombre de détails différentiant les ulcérations des doigts et des mains, des lésions de même nature siégeant aux organes génitaux. Cependant, il nous semble que, si quelques caractères sont modifiés, ou font même défaut, l'ensemble des lésions présente une grande analogie. Le traitement, souvent intempestif, ne contribue pas peu à augmenter ces différences.

Période d'état. — A partir du 6^{e} au 8^{e} jour, nous nous trouvons en présence d'une ulcération, considérablement agrandie, arrivant à sa période d'état.

Ses dimensions sont éminemment variables depuis la grandeur d'un grain de chènevis, jusqu'à celui d'une pièce de cinq francs (observ. X). Dans la plupart des cas elles ne dépassent guère celle d'une pièce de cinquante centimes.

Les tissus environnant sont nettement œdématiés ; le doigt est gros, boursouflé, profondément infiltré. Les abords immédiats de l'ulcération sont, le plus souvent, un peu surélevés. Ils forment une espèce de bourrelet, un sourcil, qui paraît enchâsser l'ulcération à la manière d'un verre de montre. Ce bourrelet est vivement coloré, rouge violacé, et même bleuâtre (obs. V.) Dans les formes jeunes, il touche à pic jusqu'au fond de la plaie ; on dirait qu'il est taillé au couteau, et il présente même, sur la

tranche, en dessous de l'épiderme, le petit liseré caractéristique du chancre mou.

Les bords de l'ulcération sont parfois découpés, comme mangés ou corrodés, mais ce signe est inconstant au doigt ou à la main, beaucoup moins fréquemment observé qu'aux organes génitaux.

Si l'on explore méthodiquement au stylet le pourtour de l'ulcération, en marchant du centre vers la périphérie, on remarque, le plus souvent, que les bords sont décollés, comme minés en dessous, et que l'instrument parvient facilement à soulever un petit lambeau de peau. Ce signe disparaît lorsque la plaie est en voie de cicatrisation. Dans les ulcérations de quelque étendue il est rare que tout le pourtour soit décollé également ; il n'est pas rare de rencontrer des zones intimément adhérentes au fond. D'ailleurs, en général, le décollement des bords, s'il manque rarement d'une façon absolue, est beaucoup moins apparent aux doigts qu'aux organes génitaux, sans doute à cause de l'épaisseur plus grande du tégument.

Nous avons obesrvé, et l'on signale assez souvent (notamment dans l'observ. X.) de vastes décollements sous-épidermiques, étroits, profonds, se prolongeant sous la peau, fort loin, et présentant le type de vrais trajets fistuleux.

Le fond de l'ulcération est plus ou moins excavé. Il est irrégulier, tomentueux, boursouflé, couvert souvent de bourgeons grisâtres saignant facilement. Il suppure abondamment, donnant un pus blanchâtre, assez fluide, ne présentant pas l'aspect crémeux du pus des suppurations banales. Un de ses caractères, c'est son abondance qui frappe le malade et qui ne se trouve pas en rapport avec les faibles dimensions de l'ulcération.

En général, il est difficile d'apprécier exactement la consistance du chancre, du moins en ce qui est des doigts. A la main, les tissus plus lâches sur le plan osseux permettent mieux le pincement de la peau. C'est d'ailleurs une exploration très pénible pour les malades. L'infiltration habituelle des tissus de voisinage apporte une gêne souvent insurmontable.

D'ailleurs, aux doigts et aux mains, les malades, dès qu'ils s'aperçoivent de quelque chose, ont l'habitude d'appliquer di-

vers topiques, plus ou moins caustiques, sur leurs plaies. Le résultat le plus net c'est de durcir ou indurer artificiellement leurs ulcérations, de sorte qu'elles peuvent présenter une dureté et une fermeté presque analogues à l'induration spontanée syphilitique.

Tout autour, les tissus sont toujours vivement colorés et œdématiés. La rougeur et l'infiltration sont d'autant plus marquées que l'on se rapproche des bords de la plaie. On observe une vraie colerette rouge-vineux au contact immédiat de l'ulcération, qui passe du rouge vif au rose à mesure que l'on s'en éloigne. Nous n'insistons pas sur ces caractères très importants mais que nous avons déjà signalés plus haut.

Parmi les symptômes fonctionnels, il en existe un, qui a été peu décrit, mais qui nous paraît être capital : c'est la douleur. C'est, de beaucoup, le signe qui inquiète le plus le malade et qui contribue le plus à induire en erreur le médecin, peu habitué à rencontrer des chancrelles aussi douloureuses.

Cette douleur est, à la fois, spontanée et provoquée. Elle se présente avec une intensité éminemment variable, suivant la virulence de la lésion et le nervosisme du sujet, mais elle fait rarement défaut. Souvent elle atteint, au moins quelques jours, une acuité extrême. Les malades souffrent cruellement, ne peuvent dormir la nuit, ni prendre le moindre repos. On est alors obligé d'employer la morphine. (notamment observ. X et XI). Cette douleur est exagérée par le mouvement, la position déclive du membre. Les malades la comparent volontiers à une brûlure qui siégerait au niveau du chancre lui-même. De temps en temps, la douleur présente des exacerbations, des élancements en éclair, qui arrachent des cris au patient. Dans quelques cas plus sévères, elle prend le type de névralgie du médian, constituant une vraie complication.

Il est à remarquer que les processus inflammatoires banaux (panaris, phlegmons,) peuvent donner des réactions douloureuses, tout aussi vives, mais dans ce dernier cas la douleur est beaucoup moins localisée, plus diffuse. C'est toute la main qui fait mal, et non pas seulement la plaie ulcérée ou ses environs.

La douleur, provoquée par la pression, se rencontre dans tou-

tes les localisations du chancre simple. C'est un caractère commun, qui permet de distinguer ce dernier du chancre syphilitique qui est indolore. C'est ainsi que l'ulcération chancrelleuse des organes génitaux est sensible au moindre contact si elle n'est guère douloureuse spontanément. Mais, au doigt ou à la main, la douleur à la pression acquiert une intensité et une acuité inconnues ailleurs.

Le moindre contact est extrêmement pénible. Cette hyperesthésie a pour caractère d'être étroitement localisée à l'ulcération elle-même ou à ses environs immédiats.

Point de zone douloureuse segmentaire, de territoire sensible en dehors de l'ulcération. La douleur à la pression acquiert son maximum d'intensité sur les bords eux-mêmes de la plaie, sur leur tranche, saignante et à vif. Nous avons, en ce point, une véritable « douleur exquise » comparable à celle des foyers de fracture.

Un point digne de remarque, c'est la différence énorme qui existe entre les phénomènes douloureux spontanés, des chancres du doigt et de la main, et ceux des organes génitaux. Sans doute ces derniers causent souvent une gêne, une sensation pénible, mais nullement une douleur aussi continue, aussi intense, aussi aiguë, que les chancrelles du doigt.

De même, également, pour la douleur provoquée, bien que, ici, la différence soit moins considérable, moins tranchée.

Outre la douleur, on note, le plus souvent, un certain degré d'impotence fonctionnelle du doigt atteint, de la raideur des articulations sus et sous-jacentes. Mais, en général, les mouvements sont simplement limités et restent encore possibles dans une faible étendue. Ces phénomènes résultent plutôt de l'œdème et de l'inflammation périphérique, que d'une atteinte de l'appareil articulaire lui-même.

L'état général peut se trouver également atteint, du moins dans les formes sévères. Les troubles qu'il présente ne sont jamais bien inquiétants ; ils sont, d'ordinaire, minimes, et peuvent, le plus souvent, passer inaperçus. On note, avec une certaine fréquence, un peu d'anorexie, un état subfébrile des voies digestives, parfois des vomissements.

On observe, d'autres fois, une légère ascension thermique, dans la soirée. Il s'agit d'un tout petit mouvement fébrile, variant de 37°5 — à 38° ou 38°5. Quand la température dépassera ce dernier chiffre on pensera soit à une complication, soit à une maladie surajoutée.

L'évolution de la lésion est extrêmement irrégulière. On peut voir survenir, après une période d'accroissement rapide du processus ulcéreux, un temps d'arrêt, une période de régression, suivi d'une nouvelle extension des lésions. Ces alternatives de cicatrisation et d'ulcération sont assez fréquentes (nous en trouvons plusieurs exemples dans l'observ. XI), et les rechutes ne sont pas rares. Mais, en général, la guérison se fait d'une façon lente, mais régulière et progressive.

Dans la majorité des cas, après une période d'état très variable, qui peut varier entre 15 jours et 3 mois et plus, on voit survenir des signes de cicatrisation. Les douleurs s'atténuent rapidement; la plaie change d'aspect, le fond élimine son recouvrement grisâtre, purulent, pseudo-membraneux. Elle devient rose, puis rougeâtre et prend l'aspect d'une plaie or linaire de bonne apparence. Il se produit un bourgeonnement intense, le fond s'élève, les bords se recollent et se nivèlent. Et peu à peu, la cicatrisation se fait. Assez souvent, il se forme une croûte sous laquelle persiste quelque temps une toute petite ulcération cratériforme, malgré ou grâce à l'emploi d'antiseptiques puissants. Une modification du traitement en vient rapidement à bout.

A côté de cette forme ulcéreuse, commune, que nous avons décrite longuement, existent divers autres types cliniques semblables dans l'ensemble, mais présentant un certain nombre de caractères différents.

Forme simulant un panaris. *(Inflammatoire)*. Cette forme n'est pas extrêmement fréquente, mais, moins rare, nous semble-t-il, que le prétend Druelle. Nous en possédons quelques cas très démonstratifs. Aussi importe-t-il de connaître cette modalité de l'infection chancrelleuse du doigt et de la main afin d'éviter des erreurs de diagnostic et de traitement éminemment regrettables pour le malade et pour son médecin.

Cette forme peut-être, en somme, considérée comme une forme plus grave de la lésion-type, avec prédominance des phénomènes inflammatoires. Elle paraît être causée, parfois, par une thérapeutique intempestive, des incisions et débridements, qui vont ensemencer le bacille, au loin, profondément, dans les tissus.

Dans la période de début, cette forme inflammatoire se caractérise par la précocité et l'intensité des douleurs, qui apparaissent beaucoup plus tôt qu'il n'est ordinaire. Les réactions des tissus voisins sont également plus marquées; on est frappé de l'œdème considérable des doigts et de la main, œdème blanc et mou, devenant ferme et rosé à mesure que l'on se rapproche du point inoculé. Dans les environs de celui-ci on remarque une infiltration profonde; la peau est lisse et tendue comme dans un panaris. D'autre part, la phlyctène du début, blanche et sensible, bien localisée, enchâssée dans la zone inflammatoire, soulevant l'épiderme décollé et macéré, prend une extension assez considérable. Elle a des caractères rappelant ceux de la « tourniole » et elle est le plus souvent prise comme telle. Cette dénomination se retrouve dans un grand nombre d'observations.

A la période d'état, l'ulcération est plus irrégulière que dans la forme normale, plus profonde, plus excavée, présentant des anfractuosités, sortes de cryptes, le fond inégal et tomentueux, couvert d'un pus extrêmement abondant, jaunâtre et épais. Les bords extrêmement décollés et flottants, ont une apparence purulente, lardacée (obs. V). Les phénomènes inflammatoires de voisinage sont très accentués. L'œdème envahit le dos de la main, jusqu'au poignet (obs. X). Les tissus tout autour sont tendus et infiltrés, tous caractères qui existaient déjà à la période de début et ont été décrits plus haut. Les douleurs spontanées et provoquées sont particulièrement atroces. (obsv. X, XIII, XI, notamment) avec élancement et irradiations à distance. Si l'adénite axillaire ou épitrochléenne ne paraît pas être influencée, d'une façon évidente, par l'intensité de l'inflammation, une complication qui semble plus fréquente, c'est la lymphangite, se terminant ou non par la formation d'un bubonnule.

L'évolution est beaucoup plus longue, la cicatrisation plus traînante.

Forme sans phénomènes inflammatoires. — Nous n'insisterons pas sur cette forme, dont nous ne trouvons qu'un seul exemple. Ici, au contraire, la réaction inflammatoire est minime ; la lésion, loin de ressembler à un panaris, simule une brûlure.

On peut également décrire des formes suivant la dimension de l'ulcération.

Forme miliaire. — Nous rencontrons une forme que l'on peut appeler « miliaire ». Elle n'est pas très fréquente. C'est plutôt un stade de l'évolution du chancre, banal, qu'un type spécial, permanent. L'ulcération présente, ici, des dimensions latérales réduites comparables à celle d'un grain de mil ou mieux d'un grain de chènevis, ce qui donne à la lésion l'apparence d'un puits. Les caractères habituels du chancre simple ne font pas défaut ; les bords sont, en effet, taillés à pic, fréquemment décollés, minés par dessous. Le fond de l'ulcération est grisâtre et suppure abondamment. L'inflammation des tissus de voisinage est marquée. Ceux-ci sont rouges, gonflés, douloureux. Les douleurs sont vives et cuisantes. Parfois, les bords immédiats de l'ulcération sont surélevés, donnant à l'ensemble un aspect cratériforme. La présence de croûtes, recouvrant le tout, n'est pas rare. Ce genre de lésion paraît avoir une prédilection spéciale pour le bout des doigts.

Forme géante. — A côté de cette forme, à dimensions très réduites, existe, au contraire, une forme géante, dont nous avons plusieurs cas, (obs. X). L'ulcération se présente sous la forme d'un vaste placard, d'une large perte de substance, pouvant atteindre la grandeur d'une pièce de 5 francs. Les caractères sont ceux du chancre simple banal du doigt et de la main. Cependant il semble, qu'ici, l'inflammation de la zone périphérique, la purulence de la plaie, les douleurs, soient un peu plus accusées.

Forme croûteuse. — Il est d'observation banale de constater la présence d'une croûte, plus ou moins épaisse et adhérente, recouvrant les ulcérations chancrelleuses extragénitales. On peut même dire que c'est là la forme habituelle, ordinaire, des chancres simples extragénitaux. Cependant, les lésions de même na-

ture, localisées au doigt ou à la main, revêtent exceptionnellement, et d'une façon épisodique, le type croûteux. Il est vraisemblable de penser que cette forme serait tout aussi fréquente, ici que là, si les malades, pour une série de raisons faciles à concevoir, telles que la nécessité de se protéger contre les souillures accidentelles, le désir de calmer la douleur, n'étaient pas soumis à des pansements humides fréquents. La croûte n'est que le produit de sécrétions purulentes conglomérées et désséchées, et elle se forme sur tout chancre simple qui sèche ou que l'on laisse sècher.

Cette croûte est jaune-brunâtre, elle peut même être complètement noire. Sa forme est, en général, circulaire, son épaisseur et sa fermeté sont très variables, mais souvent notables, sa surface plane. Elle est, en somme, assez peu adhérente et se détache en bloc. Quand on l'enlève on découvre dessous une petite ulcération arrondie, très creuse, à bords réguliers et taillés à pic, en forme de cratère. La sécrétion est du pus présentant les caractères habituels du pus chancrelleux.

Forme acnéiforme. — Cette forme, qui paraît être une forme de début de chancrelle banale, se présente comme une petite élevure pleine, présentant une toute petite pustule à son sommet. La pustule s'ouvre et découvre une petite ulcération très profonde et étroite. Cette forme se confond, en somme, avec la forme dite « miliaire » dont il a été question plus haut. Elle est rare.

Forme végétante. — Il est assez fréquent d'observer, dans les ulcérations chancrelleuses du pourtour de l'ongle, lorsque celles-ci sont un peu anciennes, la présence de bourgeons végétants. Il s'agit de petites excroissances papillaires, plus ou moins saillantes, agminées de bouquets, offrant l'aspect classique du choufleur. Leur coloration est rosée, leur surface molle et lisse. Elles siégent, sur le rebord de l'ulcération, dans la portion qui avoisine le pourtour de l'ongle. Un point de prédilection pour ces végétations : c'est le repli sus-unguéal et surtout les angles interne et externe de l'ongle. Cette région tégumentaire possède d'ailleurs une tendance spéciale à végéter. Les causes les plus différentes, telles que l'ongle incarné, la syphilis, provoquent en ce point un bourgeonnement intense des couches de la peau.

Forme surélevée. — *Ulcus élevatum.* — Le chancre simple des doigts et de la main possède fréquemment des bords surélevés, formant une sorte d'anneau légèrement saillant.

Au cours de l'évolution, il est d'observation courante de voir une portion de la plaie ulcéreuse arriver, par bourgeonnement, à la hauteur des tissus sains périphériques, ou même former une petite excroissance. Mais on ne rencontre pas, au doigt ou à la main, de cas d'ulcus élévatum se présentant avec la netteté que l'on observe aux organes génitaux et sur lesquels Civatte a attiré récemment l'attention.

Formes suivant le siège. — La situation du chancre influe notablement sur son aspect et sur ses caractères, et donne lieu à quelques particularités intéressantes :

Chancre du doigt en son milieu. — C'est la forme ordinaire banale, que nous avons prise comme type dans notre description, que l'on observe ici dans le plus grand nombre de cas.

Chancre de l'extrémité libre du doigt. — Bien que nous possédions peu d'exemples d'une telle localisation, il semble que le bout du doigt soit le siège de prédilection, au moins pendant quelque temps, du chancre miliaire, dont nous avons déjà parlé.

Chancre péri-unguéal. — Ici l'aspect des lésions est assez modifié. Au début de la maladie, l'infection décolle largement l'épithélium péri-unguéal, mince, souple et mobile. Au lieu d'une pustule plus ou moins arrondie, nous avons une mince collerette entourant la racine de l'ongle, blanche et macérée, comparable entièrement à « une tourniole ». Par dessous apparaît une ulcération, en forme de croissant, analogue à celle du chancre simple banal, parfois croûteuse, mais souvent végétante. Comme il a été dit plus haut, la forme végétante est la forme de prédilection du rebord de l'ongle.

Chancre interdigital. — Cette forme, assez rare, se présente volontiers suivant le type fissuraire. Elle paraît se caractériser par une ulcération très allongée, en forme de fissure, en général très profonde, extrêmement douloureuse, surtout lorsque les doigts sont rapprochés. L'inflammation de voisinage se traduit par un volumineux œdème du dos de la main.

On ne rencontre pas, à proprement parler, à la main ou au

doigt, de chancre serpigineux, mais nous possédons quelques cas de *chancres multiples*. Les uns au voisinage immédiat de l'ulcération primitive, les autres plus ou moins éloignés. Mais comme nous l'avons déjà dit, c'est une éventualité beaucoup plus rare ici qu'aux organes génitaux. « Le chancre du doigt et de la main n'a pas l'esprit de famille ».

COMPLICATIONS

Les complications de l'ulcération chancrelleuse du doigt et de la main sont assez nombreuses. Bien que ne présentant pas un degré de gravité extrême, elles ne laissent pas d'être parfois fort ennuyeuses. Elles peuvent être locales ou à distance.

Inflammation. — Il est extrêmement probable que les formes graves, envahissantes, très douloureuses, du chancre simple des doigts et de la main, en particulier la forme simulant le panaris, sont dues, au moins pour une partie, à l'infection secondaire de la plaie ulcéreuse. Jusqu'à quel point cette inflammation surajoutée parvient-elle à influer sur la marche de l'affection primitive, à en modifier les caractères ? Cela est difficile à déterminer.

En fait, si l'on examine l'exsudat de tout chancre, même bénin, et d'apparence banal, on trouve une grande quantité de bacilles de tout ordre, plus ou moins pyogènes, masquant parfois la présence de l'agent causal, du bacille de Ducrey. Aussi ne peut-on vraiment parler d'inflammation de la lésion chancrelleuse que lorsque les phénomènes inflammatoires, la purulence de la plaie parviennent à dominer complètement le tableau.

En fait, les inflammations purulentes banales présentent une évolution beaucoup plus rapide et plus aigüe que le chancre simple, qui apparaîtra avec ses caractères distinctifs quand les phénomènes infectieux aigus auront disparu ou se seront atténués. Il paraît se produire, ici, quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans le chancre mixte.

Décollements et fusées purulentes. — Un grand nombre d'observations signalent, à un moment quelconque de l'évolution, l'existence de décollements étendus des bords de la plaie. Ce décollement peut se faire en largeur, soulevant un lambeau de peau,

ou bien plus fréquemment en profondeur, sous la forme d'un trajet étroit et fistuleux, pouvant atteindre plusieurs centimètres. Dans une observation étrangère nous avons même vu un véritable abcès chancreux se former au bout d'un trajet et être incisé, d'ailleurs à tort. (obs. V).

Phagédénisme. — Dans la littérature, on signale, sans plus de détails, plusieurs cas de chancres phagédéniques des doigts. Une observation (obs. XI) prononce même le mot à propos d'un type d'ulcération. Mais, si l'on considère comme phagédénique, un processus ulcéreux rapide et envahissant, avec fond jaunâtre, semé de bandes brunes de sphacèle, en un mot un véritable placard de gangrène, et non plus un chancre un peu plus grave, on s'aperçoit que l'observation XI, pas plus que les autres observations que nous avons rassemblées, ne répond à cette définition. C'est pourquoi, on peut dire que, jusqu'à ce jour, à notre connaissance, le chancre phagédénique des doigts n'a pas été signalé.

Chancre mixte. — Le chancre mixte, tel qu'il a été décrit par Rollet, n'a pas été observé au doigt ou à la main, non plus. Bien que cette association de la syphilis et de l'infection chancrelleuse, ait acquis, récemment, et surtout pendant la guerre, une diffusion énorme, nous n'avons pas pu en retrouver un seul cas à la région qui nous occupe. On comprend facilement que le chancre mixte a beaucoup moins de chances de se voir aux doigts qu'aux organes génitaux, parce que le chancre simple des doigts résulte ordinairement d'une auto-inoculation du sujet lui-même. Or, on sait que le virus syphilitique ne se prête guère aux auto-inoculations, avec chances de succès. Quant aux chancres par hétéro-infection, ils ont rarement pour cause un contact vénérien. En général, ce sont des chancres chirurgicaux, dûs à une inoculation au cours d'une opération de bubon. Or, le bubon n'est jamais un accident mixte.

Complications de voisinage. — A l'encontre des suppurations à strepto ou staphylocoques, les lésions chancrelleuses ne présentent que peu d'affinité pour les tissus profonds. Le bacille de Ducrey paraît surtout avoir une tendance à végéter en surface, et peu à diffuser et envahir au loin. Même dans les cas sévères,

on n'observe ni inflammations des gaînes tendineuses, de l'articulation proche, du périoste sous-jacent, ce qui n'aurait manqué dans un panaris de même gravité. Sans doute, dans deux observations, (observation VII) M. Queyrat nous signale un peu de gonflement de l'os, sans suites fâcheuses, mais ce sont les seuls cas, que nous connaissions, de la chose. M.M. Balzer et Belloir (observ. VIII) relatent une raideur persistante d'une articulation des doigts à la suite d'un chancre simple. Mais il s'agit d'un cas unique, qui pourrait bien être dû au tempérament arthritique du sujet, ou bien au traitement un peu trop énergique.

Complication à distance

1° *Adénite.* — L'adénite est un signe d'infection chancrelleuse, beaucoup plus qu'une complication. En effet, la coïncidence de tuméfaction inflammatoire des groupes ganglionnaires correspondants, est la règle, au cours de l'évolution d'un chancre simple. La non-coïncidence d'adénite est l'exception. Nous n'en possédons que peu de cas pour ce qui nous occupe. En général, le ganglion épitrochléen et les ganglions axillaires sont pris simultanément. D'après la topographie des lésions, on a essayé de déterminer quel serait le ganglion touché, de préférence, épitrochléen ou axillaire, en étudiant les troncs lymphatiques afférents. C'est une chose assez difficile à déterminer, avec certitude, par suite des anastomoses si nombreuses des vaisseaux lymphatiques. On a pu observer, parfois, dans des cas de chancres des doigts, une atteinte grave des ganglions axillaires, coexistant avec une intégrité absolue du ganglion épitrochléen. Ce qui faisait dire à Mauriac que le chancre simple, à l'inverse du chancre infectant, pouvait fort bien sauter un relai. Mais l'on admet plutôt, actuellement, que si le ganglion épitrochléen reste indemne, c'est que le chancre siégeait hors de son territoire. L'infection chancrelleuse ascendante contourne le ganglion épitrochléen, mais ne le saute pas. Aussi, dans la majorité des cas, observe-t-on une atteinte plus ou moins sérieuse de ce ganglion. L'infection, traversant les ganglions axillaires, peut également toucher les ganglions du creux sus-claviculaire et de la chaîne carotidienne.

L'adénite apparaît, d'ordinaire, dans les premiers jours qui suivent l'apparition du chancre. Mais, d'autres fois, son apparition est plus tardive. Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'on le voit apparaître. Une adénite peut-elle se développer après la cicatrisation du chancre? Nous n'en possédons encore aucun exemple en ce qui concerne les doigts et la main.

Les caractères de cette adénite sont ceux des adénites en général. On remarque l'augmentation de volume du ganglion qui se traduit par une masse régulièrement arrondie, facilement reconnaissable et différentiable, mobile, au moins au début, sur les plans voisins. Elle est un peu sensible au toucher.

L'adénite peut évoluer vers la suppuration et se transformer en bubon. Le ganglion augmente de volume, la masse s'empâte tout autour, devient extrêmement douloureuse, elle se ramollit, donnant l'impression de carton mouillé, et celle de fluctuation nette. Cette fluctuation peut manquer, même lorsque la ponction montre la présence de pus fluide. La peau rougit et peut se fistuliser. En principe, l'adénite chancrelleuse est monoarticulaire, mais pas forcément. Nous possédons plusieurs observations d'adénites chancrelleuses axillaires multiples, avec atteinte de ganglions différents et quelque peu éloignés.

Il n'est pas rare d'observer la résolution des phénomènes inflammatoires, et la guérison de l'adénite sans suppuration. C'est une éventualité qui paraît moins exceptionnelle que le prétendaient Ricord et Fournier.

L'examen bactériologique a permis de déceler, dans le pus du bubon ulcéré, la présence de strepto-bacilles de Ducrey. Mais ces bacilles sont très rares et clairsemés, aussi, dans 92% des cas, le résultat se trouve être négatif.

Les bubons axillaires ou épitrochléens, ouverts spontanément, ont montré une tendance à la cicatrisation, beaucoup plus rapide qu'aux organes génitaux. La plaie est irrégulière, déchiquetée, bourgeonnante, comme celle des bubons en général.

Lymphangite. — L'atteinte des vaisseaux lymphatiques de l'avant-bras et du bras est une éventualité qui n'est pas très rare, lors des ulcérations chancrelleuses des doigts et de la main. Nous en possédons plusieurs cas (obs. II XI et XIII) et cette complica-

tion paraît relativement plus fréquente ici que dans la zone génitale. Cette lymphangite est à la fois tronculaire et réticulaire. Son siège de prédilection est la face antérieure de l'avant-bras. On voit apparaître, sous la peau, des traînées roses sinueuses. Peu à peu ces traînées deviennent confluentes, et sont remplacées par un large placard rose vif. La peau est sèche, un peu infiltrée au toucher, mais l'on ne peut sentir facilement, comme à la verge, les cordons lymphatiques enflammés. On note de l'œdème du membre, qui est gros et enflé, ainsi qu'une élévation notable de la température locale. Le malade éprouve une sensation spéciale de lourdeur et de cuisson légère dans son bras, qui devient un peu sensible au toucher.

Cette lymphangite peut au bout d'un temps variable, s'atténuer ; la peau pâlit, l'œdème diminue, et peu à peu tout rentre dans l'ordre.

Au contraire, elle peut évoluer vers la suppuration. Il se forme, alors, un bubonule, qui est un petit abcès lymphangitique, d'origine chancrelleuse, analogue aux bubonules de la racine de la verge. En dehors de tout ganglion, en un point quelconque de la peau, mais vers le milieu du placard érythémateux lymphangitique, la peau prend une teinte plus vive, la peau se soulève et il apparaît une petite tuméfaction arrondie, hémisphérique, très sensible au toucher. Ses limites sont moins nettes, moins précises, que celles d'une adénite, et sont assez comparables à celles d'un abcès quelconque. Au sommet de la petite grosseur, la peau devient violacée, la tumeur se ramollit, on perçoit de la fluctuation et l'abcès s'ouvre spontanément si l'on n'intervient pas. On a une ulcération anfractueuse, présentant l'aspect d'une ulcération chancrelleuse. Dans le pus grisâtre et mal lié, Casagrandi a découvert la présence du bacille de Ducrey. L'ulcération guérit rapidement, un peu plus vite que les bubons, semble-t-il ; il n'a pas été signalé de suites fâcheuses.

Phlébite. — Nous possédons un cas de phlébite consécutive à un chancre simple du doigt (voir obs. XI). C'est la seule que nous connaissions, et un bon nombre des faits qui y sont signalés pourraient être attribués également à une lymphangite tronculaire. Cependant l'œdème fut, paraît-il, très marqué, et

le long du trajet des veines et notamment, aux troncs veineux formant l'M du sali du coude, il fut noté un gros cordon induré du volume d'une plume d'oie. La guérison survint lentement.

Erysipèle. — Dans la même observation, du médecin-major Battut, on signale, également, l'apparition d'un placard érysipilateux, avec le bourrelet caractéristique, siégeant dans le dos et les aisselles. Cet érysipèle était accompagné de son cortège habituel de signes fonctionnels et généraux. Etait-il occasionné par la lésion chancrelleuse, ou bien par une infection surajoutée, due aux multiples incisions, qui ont été infligées à ce malade et aux erreurs de traitement. Cette dernière opinion paraît la plus vraisemblable, surtout étant donnée la localisation spéciale de l'infection érysipilateuse.

Complications nerveuses. — Il s'agit, ici, des douleurs névralgiques dont sont parfois atteints les porteurs de chancres simples des doigts ou de la main. Sans doute les phénomènes douloureux sont assez constants dans ce genre de localisation du chancre simple. Parfois cette douleur prend une intensité anormale, à un moment quelconque de l'évolution et peut être considérée comme une complication. Elle acquiert, alors, le type névralgique, et nous voyons même, dans deux cas, le terme de « causalgie » lui être appliqué.

Cette névralgie affecte le territoire du médian, à l'exclusion de celui du radial ou du cubital. Elle coïncide avec de vastes ulcérations, dans le voisinage de la racine des doigts. C'est, en effet, une douleur spéciale, une sensation de brûlure, comparable, toutes proportions gardées, à l'affection que Weir-Mitchell a décrite sous le nom de causalgie. C'est ainsi que les patients, un peu comme dans les cas de lésions nerveuses, redoutent la sècheresse de la peau et usent de pansements humides fréquemment renouvelés, et de bains à demeure. Les mouvements, les sursauts, provoquent de cruels élancements. L'excitation de surface est très pénible, la pression forte l'est moins et l'on peut explorer le squelette sans faire trop souffrir. Ces faits rappellent, en beaucoup moindre, et il faut le dire, d'un peu loin, ce que l'on a observé pendant la guerre, dans les plaies des nerfs.

DIAGNOSTIC

En présence d'une plaie ulcéreuse de la main ou des doigts, on devra penser au chancre simple, surtout si le sujet présente des lésions analogues à la région génitale.

Bien que le chancre simple de cette région soit une lésion rare, et que l'on ait, en somme, peu de chances de la rencontrer en clientèle, on ne doit pas la considérer comme une simple curiosité pathologique, et écarter *à priori* ce diagnostic.

On devra, autant que possible, s'aider de l'interrogatoire du malade et tirer des conclusions de ses réticences, sinon de ses aveux. Mais l'on ne devra pas s'y arrêter trop longtemps, les explications et les protestations formelles du malade ne servant qu'à égarer le diagnostic. On procédera plutôt rapidement à un examen de la région génitale. La constatation d'une lésion ulcéreuse suspecte a une valeur autrement importante.

On tâchera d'étayer son diagnostic, d'abord, sur la recherche des principaux signes cliniques de l'affection. Le médecin s'efforcera de mettre en évidence : le décollement, au moins, partiel des bords, l'aspect purulent et nécrotique du fond, la limitation bien tranchée, taillée à pic, de l'ulcération. Il constatera que la lésion est douloureuse, spontanément, et également à la pression.

Mais il ne se hâtera pas de conclure car plusieurs caractères peuvent être modifiés, soit par des caustiques, soit par tout autre traitement, ce qui rend les lésions méconnaissables, au moins pendant quelque temps.

La constatation d'un chancre simple génital ou périgénital a une grosse importance, étant donnée la grande rareté des inoculations primitives des doigts.

Dans bien des cas, le seul aspect clinique ne pourra fournir qu'un diagnostic de probabilité, de grande probabilité. La preuve de la nature des lésions ne pourra être fournie que par des éléments expérimentaux et bactériologiques.

L'auto-inoculabilité du chancre simple est des caractères pathognomoniques de ce genre d'infection. Toute ulcération chancrelleuse, inoculée, de nouveau, au porteur lui-même, provoque une ulcération semblable à celle dont elle dérive. Ces proposi-

tions, formulées par Ricord et ses élèves, servent de base à la méthode. On prélève, aseptiquement, avec une lancette, un peu de pus suspect et on le porte sous l'épiderme d'une autre région du corps, en l'espèce, la face externe du bras. La piqûre d'inoculation doit être aussi petite et superficielle que possible ; elle ne doit pas pénétrer dans le tissus cellulaire sous-cutané. On protègera l'inoculation contre les infections extérieures par un verre de montre. Deux jours après, on constate, à l'endroit inoculé, une petite pustule blanchâtre, molle, étalée, sous laquelle on voit apparaître l'ulcération typique du chancre simple. Le cas est dit positif.

Le petit chancre d'inoculation sera détruit soigneusement au thermo-cautère, ce qui arrêtera, sûrement, son évolution, et évitera tout désagrément au sujet.

A ce point de vue, les préventions que professent les auteurs allemands et viennois, vis-à-vis de l'auto-inoculation paraissent bien exagérées. Cette méthode, bien plus pratique et fidèle que la recherche du bacille, beaucoup plus rapide et plus simple que la culture, donne des résultats très démonstratifs et précis. Convenablement appliquée, avec les précautions habituelles, elle n'entraîne aucun inconvénient sérieux.

Le deuxième moyen de contrôle sera l'examen bactériologique du pus. Pratiqué méthodiquement, il donne, en général, des renseignements décisifs. Nous n'insistons pas sur la technique, ni sur l'aspect en navette du bacille, dont il est question plus haut. Mais l'on se souviendra que, dans certains cas de chancres manifestes, en pleine évolution, on peut très bien avoir des échecs, et ne rencontrer aucun bacille de Ducrey. On devra, alors, s'en remettre à un examen ultérieur, après avoir banni de la plaie tout antiseptique.

Dans les cas particulièrement douteux, ou pourra compléter l'examen bactériologique par une culture, qui sera faite, suivant la méthode de M.M. Bezançon, Griffon et Lesourd, dont nous avons déjà parlé plus haut. La présence de chaînettes de bacilles de Ducrey dans les colonies de 24 heures fourniront un appoint important au diagnostic.

Diverses méthodes biologiques ont été appliquées au diagnostic

du chancre simple, par les auteurs japonais et, en particulier, par Ito. Jusqu'à présent elles n'ont point répondu aux espérances qu'elles avaient fait naître. Ce dernier biologiste a tenté d'utiliser l'émulsion de bacilles de Ducrey pour une cuti-réaction, analogue à celle employée vis-à-vis de la tuberculose.

Le virus, convenablement préparé, et atténué, puis injecté dans l'épaisseur du derme, a pu donner des résultats encourageants. La réaction inflammatoire locale a été nulle ou plus souvent modérée chez les sujets sains, au contraire très nette, avec plaque œdémateuse rouge vif, chez les sujets porteurs de chancres simples. Cette méthode peu connue, jusqu'à présent, peut être signalée, bien qu'elle ne soit pas d'un usage courant.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous n'envisagerons pas, dans ce chapitre, toutes les lésions ulcéreuses des doigts ou de la main, présentant, de près ou de loin une certaine similitude avec les lésions chancrelleuses. Leur nombre serait extrêmement élevé et obligerait à passer en revue une notable portion de la dermatologie. D'autre part, cette énumération fastidieuse présenterait un médiocre intérêt.

Aussi, traiterons-nous, seulement, les lésions, qui peuvent, véritablement, prêter à confusion, et tout d'abord, celles qui, dans nos observations, ont pu faire hésiter le diagnostic.

Diagnostic avec le Panaris

Une des affections avec lesquelles, il convient, d'abord, d'établir le diagnostic : c'est le panaris.

Malgré la différence apparente des deux affections, c'est dans beaucoup de cas un diagnostic difficile à établir cliniquement. On se basera sur un certain nombre de caractères différentiels, en particulier sur la douleur, l'œdème de voisinage, sur la propagation de l'inflammation.

a) La douleur. Bien que ce soit un phénomène subjectif, difficile à apprécier, éminemment variable, suivant le nervosisme du sujet, et dont il faut souvent se méfier, la douleur a ici une valeur diagnostique réelle.

Dans le chancre, la douleur est, en général, localisée à la plaie ou à son pourtour. Elle ne s'étend pas, d'une façon plus ou moins diffuse, à la main ou au poignet, comme dans le panaris.

D'autre part, la douleur provoquée se trouve, elle aussi, étroitement cantonnée. La pression, si pénible pour le malade, n'est vraiment douloureuse que dans les abords immédiats de l'ulcération. Ailleurs on peut explorer les tissus profonds, sans douleur. Dans le panaris, bien au contraire, l'hyperesthésie s'étend fort loin, jusqu'à la racine du doigt, jusqu'à la main, à une grande distance du foyer infectieux. Toute une région se trouve sensible.

L'œdème de voisinage. — Le chancre, comme le panaris, s'accompagne d'œdème marqué des tissus voisins. Ceci est surtout net dans les formes graves, étendues, du chancre. Mais, il n'atteint pas, ici, le volume, l'étendue de celui du panaris. D'autre part, la zone inflammatoire entourant la chancrelle présente un aspect tout à fait particulier. Les tissus environnants sont gonflés, enflammés, indurés. Mais cette inflammation s'atténue rapidement à mesure que l'on s'éloigne de la plaie. D'autre part, elle présente une coloration très vive, passant du rouge violacé sur les bords de la lésion, au rouge sombre et au rose vif plus loin. Dans le panaris, rien de semblable. Nous avons une grosse inflammation diffuse, avec œdème marqué, s'étendant très loin, gagnant rapidement le dos de la main et même le poignet.

Progression de l'ulcération. — Dans le chancre, la marche du processus destructif se fait, pas à pas, progressivement, de place en place. La peau est mangée, corrodée à mesure que l'inflammation augmente et s'étend ; les tissus sont détruits, peu à peu, en surface. On n'observe pas, comme dans le panaris, des fusées purulentes aussi étendues, envahissant au loin les gaînes de la main et jusqu'au poignet et à l'avant-bras. Sans doute dans notre cas personnel, et dans plusieurs autres, on trouve un décollement de la peau assez étendu, rappelant un trajet fistuleux. Mais il s'agit là d'un mode de propagation bien différent, dans son essence et dans son étendue. Dans le chancre simple, il n'existe pas, comme dans le panaris, de lymphangite profonde du doigt ou de la main.

En un mot, nous avons dans un cas une ulcération de surface, ayant peu de tendance à la généralisation ; dans l'autre, un processus infectieux extrêmement diffusible et extensible.

En outre, il existe un autre point qui permet encore de différentier l'ulcération chancrelleuse de la plaie d'ouverture du panaris : c'est le sphacèle. D'ordinaire, les tissus de la plaie sont moins nettement sphacélés, d'une façon beaucoup moins considérable et étendue dans le chancre que dans le panaris.

Enfin, au cours de l'évolution, un signe qui doit mettre en éveil la perspicacité du clinicien, c'est la résistance de l'ulcération aux agents thérapeutiques, généralement actifs dans les plaies ordinaires. La plaie chancrelleuse n'est nullement améliorée par des procédés de traitement usuels, ayant fait leur preuve, vis à vis du panaris et des suppurations aigües.

D'une façon générale, à mesure que la lésion évolue, le diagnostic s'éclaire ; c'est au début, alors que les signes d'inflammation et de purulence dominent la scène, qu'il est le plus délicat. Aussi, dans bien des cas, il sera indispensable de recourir à l'auto-inoculation et à l'examen bactériologique du pus.

Diagnostic avec le Chancre syphilitique

C'est un diagnostic en général aisé, qui ne se pose même pas, d'ordinaire. Mais, assez souvent, il est moins facile que l'on pourrait le croire. Il est évident que lorsque l'accident primitif syphilitique se présente sous sa forme classique, régulière, typique, la confusion est impossible. Mais c'est là une éventualité assez rare, en ce qui concerne les doigts ou la main.

Plus souvent, le chancre syphilitique se présente sous sa forme érosive. Il a l'aspect d'une ulcération plus ou moins profonde, circulaire, à bords non décollés, mais taillés à pic. Tout autour se trouve un anneau circulaire, induré, rouge-jambon. L'état adhérent des bords, la sécheresse relative du fond, la médiocrité de l'inflammation, mettront sur la voie du diagnostic, qu'il sera toujours bon de vérifier par un examen ultra-microscopique.

Le chancre syphilitique péri-unguéal sera distingué des ulcérations chancrelleuses du même siège, par son aspect typique.

C'est une ulcération, en croissant, rouge-sombre, à bords lisses, non décollés, livides, peu suintants. Les caractères du bord et l'absence de suintement permettront d'éliminer la chancrelle. Mais la difficulté augmente dans la forme d'accident primitif décrite sous le nom de chancre-panaris par W. Taylor. Ici, le doigt est tuméfié « en saucisse » avec renflement globoïde, au segment inoculé. C'est le doigt en bulbe d'oignon de Fournier. Le doigt est rouge-sombre, dans toute l'étendue de l'inflammation. Il est dur et infiltré en masse. Enfin le doigt est douloureux, parfois très douloureux, non seulement au palper, mais aussi spontanément. La plaie elle-même donne l'impression de l'orifice ulcéré d'un panaris. Le diagnostic devient ici très délicat. En général, les lésions ulcéreuses syphilitiques possèdent un bourrelet plus marqué; en général adhérent au fond et non décollé, leurs bords sont durs. De plus, elles suppurent moins abondamment. Mais, dans les cas extrêmes, on ne pourra arriver au diagnostic que par examens de laboratoires. L'examen ultra-microscopique de l'exsudat décèlera ou non la présence de tréponèmes.

Le chancre fongueux du doigt est rare, exceptionnel. Il siège au niveau de la dernière phalange et se caractérise par la présence d'une masse de végétations distinctes, mollasses, rouges ou livides. Il est difficile de le distinguer de toute tumeur végétante de la région, mais, en général, la chancrelle présente des bourgeons moins exubérants.

En outre, un fait qui domine le diagnostic entre les lésions chancrelleuses et l'accident primitif, c'est la différence d'incubation entre les deux affections. Le chancre simple apparaît au bout d'un temps très court, un à trois jours, le chancre induré au bout de dix-huit à vingt-cinq jours et plus.

Diagnostic avec les Ulcérations syphilitiques secondaires

Les syphilides ulcéreuses superficielles, ecthymateuses, peuvent être observées aux doigts et à la main. Ces ulcérations peuvent parfois revêtir l'aspect d'un chancre simple au début. Mais

un examen attentif permettra de constater la coexistance d'éléments analogues sur le corps et d'éliminer ce diagnostic.

Le périonyxis ulcéreux, spécifique, arrêtera plus longtemps l'attention, car il peut parfois simuler d'une manière assez exacte le chancre simple péri-unguéal. Cette lésion secondaire consiste, essentiellement, en une ulcération qui encadre l'ongle partiellement ou en totalité. Elle est supportée par un bourrelet inflammatoire saillant, rouge sombre ou violacé. L'ulcération est assez creuse, irrégulière, à fond grisâtre, tomentueux, séro-purulent. Tous ces caractères sont assez comparables à ceux du chancre simple, qui est cependant plus douloureux, plus franchement ulcéreux et s'accompagne d'une réaction inflammatoire plus marquée. Mais, il sera bon, avant de se prononçer, de pratiquer un examen microscopique et de faire une réaction de Wassermann.

Diagnostic avec les Ulcérations tertiaires

Dans quelques cas, le diagnostic devra être fait avec l'ulcère gommeux. Dans une de nos observations (observ. VI), on a pu penser qu'il s'agissait d'une gomme ulcérée, d'autant plus que le sujet était un syphilitique avéré. Dans les formes simples, la gomme se distinguera de la chancrelle par la forme régulièrement circulaire de l'ulcération, par sa profondeur toujours bien accentuée, atteignant jusqu'à un centimètre. On remarquera, en outre, la verticalité des bords, nettement entaillés, en forme de falaise, mais adhérents intimément au fond, et nullement décollés, détachés ou flottants. De plus, la plaie est entourée d'une aréole brun foncé, ferme, nettement infiltrée.

Parfois la gomme se complique secondairement de phagédénisme rendant moins nette l'apparence des lésions. On parviendra à distinguer cette ulcération, des plaies chancrelleuses, par l'infiltration gommeuse, la dureté facilement appréciable du pourtour.

Diagnostic avec les Ulcérations tuberculeuses

En général, les ulcérations de la peau, de nature tuberculeuse, peuvent se distinguer facilement, d'emblée, des ulcérations chan-

crelleuses. Cependant, il est des cas où ce diagnostic n'est pas aussi évident, et nous possédons une observation (obs. V), dans laquelle le diagnostic a pu être discuté.

L'ulcère tuberculeux typique est une ulcération de forme ovoïde ou polycyclique, possédant un contour festonné ou déchiqueté. Les bords sont taillés à pic, un peu décollés, d'une teinte violacée caractéristique. Le fond est sanieux ou grisâtre, parsemé de petites saillies blanchâtres miliaires, se rencontrant de préférence sur les bords : ce sont les grains jaunes de Trélat. Le chancre simple s'en distingue facilement par l'intensité plus grande des phénomènes inflammatoires, par l'abondance de la suppuration, par l'œdème de voisinage et par l'intensité des douleurs.

Le diagnostic peut devenir plus difficile dans les formes infectées secondairement, ce qui se voit chez les enfants.

Mais une différence capitale entre le chancre simple et toutes les affections tuberculeuses, c'est l'évolution plus lente, beaucoup plus lente, plus torpide.

Les gommes scrafulo-tuberculeuses de Besnier sont exceptionnelles aux doigts. Elles ont des caractères analogues à ceux des lésions tuberculeuses ordinaires. Elles peuvent parfois être très douloureuses.

On doit faire une place au tubercule anatomique, consécutif à une inoculation locale de bacille de Koch. Aussi ne se rencontre-t-il que chez les gens en contact avec des phtisiques médecins, infirmiers. Il se produit, au point d'entrée des produits septiques, un érythème douloureux, puis une petite pustule. La lésion prend, dans les formes typiques, l'aspect d'un papillome corné, entouré d'une zone rouge violacé. Elle est douloureuse à la pression, et même spontanément. Les commémoratifs et l'évolution mettront sur la voie du diagnostic.

Diagnostic avec l'impetigo-ecthyma

C'est également un diagnostic, d'ordinaire facile, que celui de l'ecthyma et du chancre simple. Aux doigts ou à la main, l'ecthyma se présente sous la forme d'un soulèvement épidermique blanchâtre. L'épiderme est décollé et semble macéré. Très rapidement il se forme, au centre de l'éruption, une croûtelle

jaune brunâtre, peu adhérente, entourée d'un liseré blanchâtre. On trouve, au dessous, une ulcération, à bords réguliers, taillée à pic, à fond rouge ou pultacé, entourée d'une zone inflammatoire discrète, en forme de halo.

Cette lésion se distinguera du chancre simple par la médiocrité des phénomènes inflammatoires et de la douleur, l'absence de l'infiltration et de l'œdème de voisinage, la présence d'une croûtelle qui recouvre la plaie, à la manière d'un couvercle.

Ces éléments, d'ordinaire, ont une faible tendance à l'extension, restent de dimensions modérées, mais se multiplient avec facilité, et se propagent à distance. Une pustule d'ecthyma reste rarement isolée jusqu'à guérison complète, et ne tarde pas à être entourée de pustules-filles, plus ou moins éloignées. Le traitement habituel des pyodermites arrive rapidement à modifier et à améliorer les lésions, sinon à les cicatriser immédiatement.

On a observé, durant la guerre, divers ulcères, plus ou moins purulents, siégeant aux doigts et à la main. Ces lésions atypiques, très polymorphes, à évolution traînante, désespérante, paraissent avoir disparu avec l'état de guerre. Tels étaient les ulcères dits « traumatiques ». Dans quelques cas il semble que ces genres de plaies chancriformes soient dues à des erreurs thérapeutiques, ou plus souvent à la mauvaise foi du patient lui-même, à l'emploi de caustiques ou de pratiques analogues.

Diagnostic avec les engelures

Il semble qu'il soit complètement superflu de faire le diagnostic entre le chancre simple et les engelures. Cependant, nous notons (obs.X) que cette confusion a pu être faite. On peut rencontrer dans les vieilles engelures, ouvertes depuis longtemps, des ulcérations irrégulières, à bords très décollés, à fond parfois excavé et grisâtre, fongueux, suppurant abondamment. Mais les environs de la plaie présentent la tuméfaction spéciale des engelures, avec une peau rouge foncée, tendue, lisse, luisante, indurée et froide au toucher. Les commémoratifs, la présence d'un prurit spécial, d'une cuisson particulière, le soir, au coin du feu, la constatation d'autres engelures, à un stade moins avancé, mettront sur la voie du diagnostic. Mais on a signalé

le cas de chancre simple développé sur une engelure ulcérée. Il peut y avoir superposition des deux affections.

Diagnostic avec les Radiodermites

Les lésions ulcéreuses, consécutives à l'exposition aux rayons X, ont une prédilection spéciale pour les doigts et le dos des mains. Elles peuvent apparaître, une quinzaine de jours, après la ou les séances radiologiques causales. Car les rayons X ont un effet en quelque sorte cumulatif, les doses rapprochées s'additionnant pour provoquer des effets nocifs. Après une période prémonitoire d'érythème, l'ulcération se creuse au-dessous d'une phlyctène qui a crevé. Elle est d'un rouge sombre, les bords sont souvent surélevés et taillés à pic, parfois en pente douce. Les douleurs sont extrêmement vives, surviennent par crises et sont exaspérées par le moindre contact. Le diagnostic sera, en général, facile. Le chancre est plus humide, plus suppurant, plus inflammatoire. De plus l'ulcère radiodermique a une marche traînante, progressive, puis lentement régressive. Il dure très longtemps.

Les radiodermites tardives des professionnels prennent raremnt le type d'ulcérations chancriformes, avec plaque atrophique téléangetiasique, périphérique, caractéristique.

Diagnostic des Dermites professionnelles

Les lésions d'origine professionnelle sont fréquentes aux mains. C'est là leur lieu d'élection. Mais elles revêtent, d'ordinaire, plutôt le type érythémato-vésiculeux, ou bien acnéïforme, qui en font une sorte d'eczéma. Rarement elles atteignent le type ulcéreux.

Cependant il existe un genre particulièrement curieux, d'ulcération professionnelle, qui se rencontre surtout chez les teinturiers en peau. C'est **le pigeonneau.** Cette maladie se caractérise par des ulcérations lenticulaires uniques, ou peu nombreuses, siégeant au dos des mains. Elles sont rondes ou ovalaires, souvent couvertes d'une croûte noire; leur rebord est surélevé, formant une sorte de bourrelet rouge. L'ulcération est à pic, profonde, à fond irrégulier. L'affection est très douloureuse. Par sa forme spéciale, on l'a comparé à un œil de pigeon, d'où son nom. Cette ulcération présente en somme, bon nombre de caractères

analogues à ceux du chancre simple. Aussi est-il parfois difficile de l'en distinguer. Cependant, dans le pigeonneau, les bords sont moins décollés, plus adhérents au fond, qui se trouve plus sec, moins suintant et purulent : les bords, surélevés et à pic, sont plus réguliers ; leur forme est à peu près exactement circulaire, comme un œil de pigeon, et sans bavures. L'évolution est longue ; la plaie, torpide et atone, s'accompagne de phénomènes inflammatoires minimes. Pas d'œdème de voisinage considérable.

Il sera bon cependant de vérifier le diagnostic par une autoinoculation et l'examen bactériologique de l'exsudat.

Diagnostic avec les Mycoses

Le diagnostic avec l'*actinomycose* n'arrêtera pas longtemps le clinicien. Cette affection est rare aux mains. D'autre part, l'ulcération s'élève sur une tumeur. La présence d'une nodosité sous-jacente, d'une dureté ligneuse, adhérente à la profondeur, fera faire le diagnostic. D'ailleurs, la découverte des grains jaunes lèverait tous les doutes.

Les blastomycoses, de même, sont très rares. Le type Busse-Buschke peut présenter des ulcérations d'apparence gommeuse, mais bien différentes du chancre simple et présentant une nodosité sous-jacente.

Les sporotrichoses sont relativement plus fréquentes. Elles sont très polymorphes. Elles peuvent se présenter sous la forme d'une ulcération très creuse à bords irréguliers, minés en dessous. Le fond est irrégulier et végétant. Le contenu, d'abord gommeux, devient purulent. Mais il n'y a pas de réactions de voisinage, peu de douleurs. La culture, sur milieu de Sabouraud, permet de résoudre les cas embarrassants. Mais, en général, la multiplicité et le polymorphisme des éléments permet un diagnostic différentiel.

Diagnostic avec l'Ulcère farcineux

La morve chronique se traduit par des ulcères particulièrement graves, d'allure phagédénique, évoluant par poussées. A la période d'état ils se présentent comme des plaies profondes, à fond mamelonné, à bords livides, festonnés, sécrétant un pus jaunâtre.

Les lésions attaquent les tissus profonds. Elles coexistent avec une atteinte grave de l'état général, ainsi que des lésions caractéristiques de la face, qui permettent de reconnaître la maladie.

Outre ces diverses affections bien d'autres maladies peuvent présenter à un certain degré de leur évolution une certaine ressemblance avec le chancre simple.

Tels sont : l'ulcère phagédénique des pays chauds, le piaubois, le léprome ulcéré, les troubles trophiques d'origine nerveuse, le panaris analgésique de Morvan, certaines formes d'ulcus rodens, des gangrènes des extrémités au début, etc. Nous nous contentons de les énumérer, car ce sont des affections, ou bien trop exceptionnelles dans nos pays, ou bien présentant une ressemblance plutôt éloignée avec le chancre simple. Le bouton d'Orient, ou bouton Biskra, endémique dans le nord de l'Afrique, présente une certaine prédilection pour le dos des doigts ou des mains. C'est une ulcération ronde, à bords irréguliers ou festonnés, mais taillés à l'emporte-pièce, entourée d'une petite auréole inflammatoire. Le fond ne suinte que très peu, la lésion est indolore, mais très prurigineuse, ce qui fera faire le diagnostic.

LA CONTAMINATION DU CHANCRE SIMPLE AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Nous ne pouvons ici entrer dans le détail des discussions judiriques qui ont eu pour but de fixer le droit, dans la question de la transmission des maladies vénériennes.

En principe, la question peut se présenter à un triple point de vue : au point de vue de la responsabilité civile, au point de vue de la responsabilité pénale et enfin au point de vue spécial de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail.

I. — Nous n'envisagerons que sommairement, et en passant, la question de la responsabilité civile. Elle repose entièrement sur les articles 1382 et 1383 du Code civil :

ART. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute de qui il arrive à le réparer.

ART. 1383. — Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

Il est vrai que pour repousser toute action civile on s'est longtemps basé sur ce vieux précepte de droit : *Volenti non fit injuria.* Point de dommage légal à qui est consentant, et d'autre part, sur le cas d'exception : *ob turpe causâ.* Dans ce cas, toute question contraire aux bonnes mœurs est, à priori, écartée. « *Nemo auditur propriam turpitudinem allegans.* »

Cependant nous voyons plusieurs cours de justice, repoussant ces anciens principes de droit, admettre la responsabilité civile du contaminateur et accorder une indemnité pécuniaire à l'épouse contaminée. Bien plus, le 29 janvier 1903, la première Chambre du Tribunal civil de la Seine, admettant le délit civil, de contamination hors mariage, condamne à une indemnité pécuniaire importante un sujet ayant contaminé sa maîtresse.

Jugement identique fut rendu, le 13 juillet 1907, par la même juridiction.

Mais il s'agit de contamination de syphilis, d'une maladie grave et longue, pouvant laisser des troubles permanents de la santé, et menacer plus ou moins directement la vie.

Tout autre est le chancre simple, même des doigts et de la main. C'est une affection locale, n'ayant aucun retentissement sur la santé générale, guérissant assez rapidement, sans laisser, d'ordinaire, de gêne permanente. Le dommage causé serait alors bien peu important et le tribunal ne saurait le prendre en considération : « *De minimis non curat prœtor.* »

On peut cependant concevoir des cas d'espèce, dans lesquels le contaminé, vivant de son travail manuel, se trouve indisponible pendant un temps assez long du fait de son chancre du doigt, ou, bien qu'il conserve une certaine gêne et raideur des mouvements, causant un préjudice certain. Dans ces cas spé-

ciaux, particuliers, une petite indemnité peut être attribuée.

Cependant, étant donné que le chancre simple des doigts est consécutif, dans l'immense majorité des cas, à une localisation génitale antérieure, que cette deuxième inoculation est le fait du sujet lui-même, transportant lui-même du pus de ses organes génitaux à son doigt ou à sa main, qu'elle aurait pu être évitée par plus de soins et de précautions, il y a beaucoup de chances que le demandeur se trouve débouté. D'autre part, d'ordinaire, les personnes de qui se contractent les chancrelles, sont, en général, bien peu soignées, et appartiennent à la basse classe des prostituées, et les contaminés, faisant preuve de bien peu de circonspection, se sont exposés volontairement et de plein gré, à un risque probable, éminemment évitable. Il s'agit là d'une question d'espèce, présentant un intérêt non négligeable.

II. — Nous n'insisterons pas sur la question complexe de la responsabilité pénale. Disons qu'en Danemark et en Norwège, la santé des individus se trouve protégée, d'une façon explicite, par un article de loi spécial, formel, punissant de prison la transmission d'une maladie vénérienne. En France, rien de semblable, le projet de loi de M.M. Béranger et Denis n'ayant pas reçu l'assentiment du Parlement. D'ailleurs c'est une loi qui aurait, dans notre pays, les plus fortes chances de rester inopérante, pour toutes sortes de raisons, et, principalement, par la crainte du scandale.

III. — Il n'est pas douteux que le chancre simple, localisé au doigt ou à la main, puisse être un accident du travail. Il s'agit d'une contamination accidentelle, survenant chez un infirmier, un garde-malade, un employé de laboratoire, à l'occasion et du fait de l'exercice de leur profession, de soins donnés à des malades, ou de manipulation d'objets septiques. En dehors des cas déjà publiés, nous possédons deux observations inédites, dans lesquelles l'origine professionnelle de l'inoculation chancrelleuse a pu être mise en lumière. (V. obs. XIII, et cas R... de l'hôp. St.-Louis).

De telle sorte que, dans certains cas bien déterminés, un sujet atteint de chancre simple des doigts et de la main, peut être appelé à bénéficier des dispositions de la loi du 9 avril 1898,

sur les accidents du travail, modifiée par les lois des 22 mars 1902, 31 mars 1905, 12 avril 1906 et 18 juillet 1907.

D'après l'article 1er de cette loi, les accidents survenus du fait du travail aux ouvriers et employés donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à condition que l'interruption du travail ait duré plus de 3 jours.

Pour qu'il y ait accident, il faut un évènement violent, inattendu, provenant d'une cause extérieure, fortuite et involontaire. Tel est le cas de l'inoculation accidentelle, du chancre simple, qui ne saurait être classé parmi les maladies professionnelles résultant de l'exercice même de la profession.

D'autre part, la loi du 9 avril 1898, ne comprend pas, dans le mot accident, seulement les blessures, à l'exception des maladies. La jurisprudence a établi d'une façon formelle que toutes les affections pathologiques, contractées dans l'exercice du travail industriel, et tirant leur cause d'un fait anormal ne rentrant pas dans les conditions habituelles du travail, seraient couvertes par la loi du risque professionnel. Ceci est hors de discussion.

Primitivement, la profession d'infirmier, d'employé sanitaire, n'était pas assujettie à la loi des accidents du travail. Mais la loi complémentaire du 12 avril 1906 étend, à toutes les exploitations commerciales, le bénéfice de la loi du risque professionnel. C'est ainsi que nous trouvons, annexé à l'article 4 du paragraphe 2 de cette loi du 12 avril 1906, le tableau suivant des professions passibles de la taxe de 1 centime $\frac{1}{2}$, et par conséquent assujetties :

Maison particulière de santé (tenant)
Maison particulière de retraite (tenant)
Pharmacien.

Donc la responsabilité du patron est entière.

Bien entendu, suivant l'article 20 de la loi du 9 avril 1898 il y a déchéance des droits de la victime lorsque l'accident a été intentionnellement provoqué. D'autre part, suivant le même article, la désobéïssance aux règlements de l'établissement, l'emploi de méthodes ou d'instruments interdits, entraîne une diminution de l'indemnité de la victime.

En outre, l'ouvrier, s'il n'est pas tenu, comme autrefois, de

prouver la faute du patron, est obligé, cependant,comme demandeur, d'établir que l'accident est un résultat du travail. Dans le cas qui nous occupe cette question prend une importance particulière. En effet, l'employé peut fort bien avoir contracté, en dehors du travail, chez une prostituée, son chancre du doigt, et vouloir essayer de le faire passer pour un accident dû à l'exercice de sa profession. On conçoit facilement la possibilité de pareille allégation frauduleuse. C'est ainsi que, dans un cas analogue, le tribunal de la Seine, le 10 septembre 1903, déboute un ouvrier de sa demande d'indemnisation, la preuve de sa mauvaise foi ayant pu être établie. Aussi les experts médicaux devront, dans leurs certificats, faire preuve d'une grande prudence, quant à l'origine de la lésion, et ne pas se borner à transcrire, sous leur signature, les allégations de la victime de l'accident.

Il faut, également, qu'il existe un contrat de travail entre l'employeur et l'employé. Si ce dernier travaille pour son compte personnel, et qu'il soit rétribué directement, il perd tous droits à indemnisation. Tels sont les infirmiers *libres* placés auprès des malades, par une agence spéciale, mais n'étant pas soumis aux ordres de l'agence pour les soins à donner, et étant libres de refuser les places qui leur sont proposées. La Cour de Nancy, le 29 novembre 1906, et le tribunal de la Seine, le 9 novembre 1909, ont décidé dans ce sens, en refusant, à de tels infirmiers *libres*, le bénéfice de la loi du 9 avril 1898.

La profession d'infirmier et d'employé sanitaire étant assujettie à la loi du risque professionnel, et l'inoculation du doigt et de la main ayant été contractée pendant le travail et du fait de celui-ci, ce qui est parfaitement possible, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, la victime, atteinte de chancre simple, dans ces conditions, a droit au bénéfice de la loi des accidents du travail.

La procédure habituelle sera mise en œuvre. La déclaration de l'accident à la mairie, et le premier certificat médical seront faits suivant les règles établies. Si l'incapacité de travail dure plus de quatre jours, ce qui est de règle, dans le cas du chancre simple, le blessé aura droit à la moitié de son salaire de base, jusqu'à consolidation complète, c'est-à-dire jusqu'à ce que, entièrement guéri, il puisse reprendre son travail.

Les frais médicaux et pharmaceutiques seront, en totalité, supportés par l'entreprise.

Il sera rare que le chancre simple puisse amener une infirmité permanente, une raideur des articulations des doigts et de la main, telle qu'elle puisse causer une gêne réelle et durable, dans le travail. Nous n'avons pas vu en signaler un seul cas, dans toute la littérature médicale, sauf dans notre observation.

Cependant, mal soigné, incisé intempestivement, il pourrait amener des adhérences, cicatrices vicieuses, etc, pouvant être la cause d'une infirmité définitive. Dans ce cas spécial le chancre simple des doigts ou de la main peut donner lieu à une pension. Cette pension variera suivant la nature et le siège de l'infirmité. On ne peut guère conçevoir qu'elle dépasse 20 à 25 %.

TRAITEMENT

Nous ne pouvons ici aborder l'étude de tous les moyens de traitement qui ont été mis en œuvre pour lutter contre l'infection chancrelleuse et amener sa prompte guérison. Le mode de traitement, les agents physiques ou chimiques, utilisés, sont nombreux, et varient, presque, suivant chaque clinicien.

Nous ne dirons qu'un mot du traitement prophylactique, très important, et surtout très efficace, ici, où le mode de contamination et la vitalité du bacille sont parfaitement connus.

La prophylaxie sociale ne nous arrêtera pas, car elle se confond avec celle de toutes les maladies vénériennes, en général. L'étude des moyens d'action, d'ordre moral, administratif et médical, a fait l'objet d'une foule de travaux énormes, et d'un effort matériel considérable, surtout depuis la guerre, et chez les Américains.Nous ne pouvons l'exposer, ici, même sommairement.

La prophylaxie individuelle ne nous arrêtera pas davantage. Complément nécessaire de la prophylaxie sociale, elle a été bien étudiée, et rendue obligatoire, dans les armées alliées, pendant la guerre, mais s'adressait surtout à la syphilis, accessoirement aux autres maladies vénériennes.

En ce qui concerne notre sujet, la localisation du chancre

simple aux doigts et à la main, il est bien évident que tout sujet atteint d'excoriations, même superficielles, du doigt et de la main, devra éviter toute contagion possible, tout contact avec des plaies suspectes. Les porteurs de chancrelles génitales seront avertis du danger qu'ils courent de s'auto-inoculer la maladie aux doigts ou aux mains.

La plus grande prudence leur sera recommandée s'ils ont de petites plaies.

Les infirmiers, médecins, sages-femmes, devront surveiller attentivement les moindres plaies et excoriations de leurs doigts, et faire usage de gants en caoutchouc, ou tout au moins de doigtiers, toutes les fois qu'ils auront à toucher à des plaies douteuses.

L'inoculation de produits chancrelleux ayant été effectuée, d'une façon accidentelle, quelle doit être la conduite du patient? En principe, et dans une certaine mesure, la désinfection de la plaie infectée est possible. Mais il est nécessaire que l'inoculation soit très superficielle et qu'elle se soit faite peu de temps avant.

Nous ne pouvons exposer, ici, les expériences intéressantes, quoique un peu anciennes, de Giovannici, sur la désinfection de petites plaies d'inoculation. D'après cet auteur, les applications de sublimé à 1 o/oo, de formol à 5 %, de cyanure de mercure à 2 o/oo, utilisées sous forme de bain ou de lavage, commencées moins de 10 minutes après l'inoculation, se sont montrées, dans l'ensemble des cas, efficaces. Mais des échecs, en proportion assez considérable, sont à signaler. Un procédé très pratique, très simple, recommandé par Giovannici, et ayant fait ses preuves par ailleurs, c'est le vulgaire savonnage avec du savon ordinaire. Mais il doit être fait d'une façon assez énergique, pendant plusieurs minutes, avec de l'eau chaude, et toujours pas trop tardivement.

Ce procédé, absolument inoffensif, paraît doué d'une activité certaine. Il est bien supérieur au badigeonnage à la teinture d'iode, même pure et appliquée largement et précocement. L'action empêchante de la teinture d'iode, vis-à-vis du développement de l'infection chancrelleuse, paraît bien faible ou même

nulle. Les expériences bactériologiques de M.M. Bezançon, Griffon et Lesourd, sont absolument d'accord avec les données de la clinique, et nous pouvons voir dans quelques observations (obs. X. XII. XIII), des patients intelligents et soigneux recourir, sans le moindre succès, à l'emploi de la teinture d'iode.

Pour les inoculations peu profondes et relativement un peu avancées, le procédé de choix, le seul fidèle, sur lequel on puisse compter, c'est la cautérisation ignée. On cautérisera la plaie, au thermo-cautère, de la même façon que s'il s'agissait d'une auto-inoculation à détruire.

Traitement Curatif

Le chancre simple une fois installé au doigt ou à la main, sous la forme d'une plaie ulcéreuse, quels sont les moyens indiqués pour amener sa guérison rapide? Les procédés sont extrêmement variés, à la fois d'ordre physique et chimique.

En premier lieu, nous devons parler des procédés destructeurs: de la cautérisation ignée ou chimique et de l'exérèse.

La cautérisation ignée, au fer rouge, est le procédé de traitement le plus anciennement connu. Sa technique se trouve décrite, en propres termes, et d'une façon très précise, par Celse, au paragraphe 4, du 18e chapitre de son 6e livre. Mais ce procédé n'a point conservé, de nos jours, son antique faveur, la cautérisation doit dépasser largement les limites visibles de l'infection, et, pour cette raison, on la réserve uniquement aux formes de début.

La destruction chimique de l'ulcère, par des mélanges caustiques, tels que la pâte de Canquoin, préconisée par Diday, la pâte sulfo-carbonique de Ricord, n'est plus employée à l'heure actuelle.

L'excision chirurgicale du chancre simple a été tentée depuis longtemps. Cette exérèse, reprise par Carle, et plus récemment, pendant la guerre, doit être faite largement. Elle constitue une opération très délicate, devant être menée avec beaucoup de soins, pour éviter la réinoculation de la plaie. Au doigt, elle est impossible à cause du délabrement consécutif. C'est un procédé d'exception, risquant d'amener de graves mécomptes

AGENTS PHYSIQUES

Parmi les agents physiques, actuellement utilisés, contre le chancre simple, le meilleur et vraiment le seul actif, c'est la chaleur.

Déjà, depuis longtemps, l'action curatrice de la chaleur était connue. En 1872, W. Boeck, et en 1883, Aubert, constatent que le pus du chancre chauffé à 40° perd de sa virulence. Le bacille de Ducrey est particulièrement sensible à la moindre élévation de température. C'est ainsi qu'une maladie fébrile intercurrente amène la guérison des chancres simples, pourvu que la température dépasse 39°. Le fait avait été remarqué par Welander qui en rapporte plusieurs observations.

Comme conséquence, Aubert prescrivait, dans le traitement du chancre simple, en général, de grands bains entiers, à 40°, et Martineau et Lormand des demi-bains à la même température. Pour ce qui concerne notre localisation, les bains chauds sont particulièrement pratiques et commodes à employer. Le doigt ou la main atteints pourront être plongés et maintenus dans de l'eau chaude, plusieurs fois par jour, de la façon la plus simple. La température de l'eau pourra être élevée, sans inconvénients, à 45°-50°. Ce moyen de traitement est particulièrement précieux à la période de début, et ne devra pas être méprisé.

La chaleur sèche a été également utilisée avec succès. Les appareils de chauffage pour plaies ulcéreuses, imaginés par Welander et Ullmann sont beaucoup trop compliqués et peu pratiques pour le doigt et la main.

Le chauffage par rayonnement, avec la pointe rouge du thermo-cautère, préconisé par Audry, est beaucoup plus simple et plus facile. Selon cet auteur, une seule séance suffirait à transformer un chancre simple en plaie ordinaire. On doit prolonger suffisamment la séance, jusqu'à ce que l'on obtienne le blanchiment des bords du chancre. Mais l'on doit éviter de rôtir la plaie et d'amener la formation d'une escarre.

L'air chaud, utilisé sous la forme d'un courant d'air, envoyé sur la plaie, grâce à un dispositif spécial, est beaucoup plus ma-

niable et commode. Nous n'insisterons pas sur les détails de fabrication de ces appareils, que l'on trouve très facilement dans le commerce, et qui permettent de se rendre compte à chaque instant, du débit de la soufflerie et de la température de l'air que l'on envoie. Une séance bi-quotidienne d'air chaud à 45°, suffit à amener une amélioration rapide. Ce procédé, employé d'une façon courante dans le service de M. Thibierge, a été utilisé avec succès, par M.M. Balzer et Belloir, dans un cas de chancre simple de l'index. La guérison survint très vite, mais il résulta un peu de raideur articulaire consécutive, attribuable soit au tempéramment du sujet, soit à la température de l'air un peu trop élevée, peut-être.

Les autres agents physiques employés dans le chancre simple ont beaucoup moins d'intérêt ; ils sont d'une efficacité douteuse et d'un emploi exceptionnel.

Le froid artificiel a été tenté sans résultat appréciable par Brandweiner.

La photothérapie par la lumière solaire ou artificielle n'a pas non plus donné de résultats encourageants à Scottle.

Le traitement par les rayons X a été tenté par divers auteurs et expérimentateurs, French, Herxeimer, etc., et n'a pas donné d'améliorations telles que le procédé méritât d'être généralisé.

AGENTS CHIMIQUES

Le nombre des produits chimiques utilisés contre le chancre simple est énorme et presque illimité.

Nous ne parlerons que pour mémoire du tartrate-ferrico-potassique en solution à 20%, chaudement recommandé par Ricord. Son action a paru dans la suite beaucoup moins nette et c'est un médicament tombé en désuétude.

Le nitrate d'argent en solution à 1/30 a eu, également, une grande vogue vers la même époque et jusqu'à ces derniers temps. Mais ce produit, cependant si puissant, paraît doué vis à vis du chancre simple, d'une activité assez faible, beaucoup moins considérable que l'on s'y serait attendu. Il amène une induration forte et trompeuse.

L'acide phénique pur possède encore des adeptes. Son emploi, indiqué par Neisser, en particulier, est d'un usage courant, en Allemagne et en Autriche, même à l'heure actuelle. Il fait partie du traitement classique du chancre simple, dans ces pays. Mais l'acide phénique, même en solution au 1/10, comme l'ordonnait du Castel, n'est plus employé, et à juste titre, en France. Son action défavorable sur l'évolution des plaies et sur la vitalité des tissus est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Sans parler de la gangrène, des dermites artificielles et des autres accidents sérieux qu'elle peut occasionner parfois.

L'acide phénique a été associé au camphre et utilisé sous la forme de phénol camphré, avec des résultats encourageants, en Autriche et en Italie (Francheschini).

Le chloral camphré, suivant la formule de Cavazzani : hydrate de chloral 5 — camphre 3 — glycérine 25, a été également employée avec succès.

Le chlorure de zinc, en solution à 1/10, possède encore des partisans, mais son emploi est très restreint et se borne en des attouchements, au tampon de coton imbibé de la solution, sur les régions ulcérées.

Le permanganate de potasse au 1/4000e, le sublimé au 1/1000e l'oxcyanure de mercure à 1/1000e, sont employés couramment, en lavages et affusions. Ce sont d'excellents antiseptiques, en général, mais leur action spécifique est beaucoup moins prouvée.

Parmi les médicaments en poudre, il en est un dont l'action est très puissante et dont la réputation justifiée n'est plus à établir, c'est l'iodoforme. Son efficacité, vis à vis du chancre simple, est réelle ; son emploi est classique, en France.

Il est utilisé pur, en poudre, directement sur la plaie, qu'il saupoudre. Il arrête l'extension de l'ulcération, et les phénomènes de purulence, dessèche le fond de la plaie. Mais son emploi prolongé, finit, au bout d'un certain temps, par altérer la vitalité des tissus, et contribue à donner une teinte atone à la plaie. Nous nous sommes bien trouvés de le remplaçer, alors, par des pansements humides au sérum physiologique, ou mieux au sérum pour plaies de Leclainche et Vallée, qui amène un bourgeonnement rapide.

L'éther iodoformé paraît doué d'un pouvoir antiseptique et curatif très puissant, vis à vis du chancre simple. Il réussit particulièrement bien à désinfecter et cicatriser les trajets fistuleux qui peuvent se former et qui ne doivent pas être débridés.

Dans le cas de l'infirmier B... observation XIII, l'éther iodoformé a donné des résultats tout à fait remarquables et ne pouvant guère être attribués à une autre cause. C'est un médicament excellent, méritant toute la confiance du praticien.

Il existe, en outre, diverses pâtes ou mixtures, contenant une certaine quantité d'iodoforme, qui ont été utilisées dans le traitement du chancre simple. Leur formule est extrêmement variée, tant par la nature des composants que par leur proportion. Qu'il nous soit permis, en passant, de parler de la pâte bismuth-iodoforme, utilisée dans le service de M. Thibierge et dont nous avons eu l'occasion de constater les heureux effets.

Un des principaux inconvénients de l'iodoforme est son odeur désagréable, persistante, dénonciatrice. On a essayé de le remplacer par des corps de composition chimique voisine, des succédanés, dénués de toute mauvaise odeur. Ces corps sont très nombreux ; presque chaque année voit l'éclosion d'un nouveau-venu, fraîchement sorti des usines germaniques. Certains d'entre eux jouissent d'une certaine vogue, quoique un peu éphémère, en Allemagne. Tels sont : l'iodoformogène, l'eurogène, le nosophène, le tannoforme, le viioforme, etc. Ces produits paraissent doués d'une activité médiocre, inférieure à celle de l'iodoforme. Ils peuvent cependant être précieux, dans le cas de refus absolu de l'iodoforme.

Le peroxyde de zinc (ektogan) a une action favorable sur l'évolution du chancre simple ; le chlorure de chaux-acide borique (poudre de Vincent) peut également trouver son emploi ; nous avons eu l'occasion d'observer les bons résultats obtenus, dans les cas de chancres génitaux, il est vrai.

L'arsénobenzol d'Ehrlich, et le novarsénobenzol ont été essayés dans le traitement du chancre simple, comme dans celui de la plupart des maladies.

Employés par divers auteurs, par Rodenwald et par Ehrlich lui-même, par Cavallo au Brésil, ils furent préconisés en France par divers cliniciens, en particulier par Lévy-Bing.

Ces derniers auteurs utilisèrent le 914, en pommade au 1/10, le produit en poudre étant trop caustique et escarrotique. Les résultats annonçés par Lévy-Bing sont favorables dans leur ensemble, aussi celui-ci conclut-il à l'efficacité du produit vis à vis de l'infection chancrelleuse.

Par contre, Mlle Lebenthal, dans sa thèse, dénie, aux arsénobenzènes, toute action nette vis à vis du bacille de Ducrey.

L'enfumage iodé a été également utilisé dans le chancre simple, avec des résultats satisfaisants.

Le traitement par la teinture d'iode, employé sous forme de badigeonnage des ulcérations chancrelleuses, a quelques partisans convaincus et éminents. Il continue à être employé, d'une façon habituelle, dans quelques services hospitaliers, qui accusent une amélioration des lésions. Ce procédé thérapeutique, excellent pour débarrasser la plaie de toute la flore microbienne surajoutée, est absolument irrationnel et inopérant vis à vis du bacille de Ducrey. Les résultats favorables, attribués à la teinture d'iode, paraissent critiquables, ou devoir être dûs à une médication synergique.

Les complications des chancres simples des doigts et de la main seront traités suivant les procédés habituels.

En ce qui concerne le bubon, l'adénite suppurée, qui est une des plus sérieuses complications, nous serons brefs, car de nombreux travaux contemporains et des thèses récentes ont entièrement fixé son mode de traitement.

Sans parcourir la série des méthodes proposées par les divers auteurs, nous nous contenterons de parler de ce que nous avons vu faire et fait à l'hôpital St-Louis, chez M. Thibierge.

Le sujet porteur d'une adénite axillaire ou épitrochléenne sera, sinon maintenu au lit en permanence, du moins mis au repos complet. Il abandonnera tout travail manuel, évitera tout effort, ainsi que toute irritation de la région.

On fera un peu de compression sur le ganglion enflammé avec un tampon d'ouate maintenu par un spica ou un pansement très serré.

Mais on ne se contentera pas longtemps de cette compression ouatée ; on la remplaçera de bonne heure et sans retard, par des

cataplasmes chauds ou des compresses humides chaudes, appliquées en permanence et fréquemment renouvelées.

L'onguent napolitain, la teinture d'iode, la pommade à l'ichtyol sont d'une efficacité secondaire.

Après ce traitement médical, le ganglion peut diminuer et l'inflammation rétrocéder; c'est une éventualité qui n'est pas rare, du moins pour les chancres du doigt ou de la main.

Au contraire, l'adénite peut évoluer vers la suppuration; la peau rougit, devient adhérente, on perçoit de la fluctuation. Il faut recourir, sans délai, au traitement chirurgical, sous peine de voir advenir une ouverture spontanée de la collection, ce qui est une éventualité, ici, très regrettable. Il est nécessaire de devancer et d'éviter cette ouverture spontanée, prélude d'une fistulisation interminable.

Ce qu'il faut éviter: c'est l'incision large, qui est désastreuse souvent, l'extirpation du ganglion enflammé, méthode dangereuse et risquée, enfin la ponction aspiratrice, avec ou sans drainage filiforme, insuffisante et peu rapide.

L'ouverture du bubon sera faite au bistouri, suivant un procédé analogue à celui qui a été décrit par Fontan.

La région est savonnée, aseptisée, iodée.

Avec un bistouri droit, à lame étroite, du genre du couteau de Graefe, enfoncé perpendiculairement, au point le plus fluctuant, on ponctionne la collection, de telle façon que l'on ait une incision qui ne dépasse pas 6 à 7 millimètres, au maximum. On libère les cloisonnements intérieurs; avec une sonde cannelée on exprime la poche. Puis on achève de la débarrasser de ses grumeaux caséeux et purulents, par un curetage rapide, avec une fine curette. La cavité béante est lavée à l'eau oxygénée dédoublée, exprimée, puis lavée avec une solution faible de chlorure de zinc. Enfin, après une dernière expression du pus et du liquide de lavage, on injecte à la seringue la pommade bismuthée-iodoformée. La vaseline de cette pommade doit être ramollie par chauffage au bain-marie; d'autre part, il est indispensable d'injecter une quantité suffisante de pommade, de telle façon que la poche soit bien distendue, que tous les replis, toutes les anfractuosités, soient remplis. On fait un pansement occlusif au

collodion et l'on place par-dessus un pansement ouaté ordinaire.

Le malade est maintenu au repos absolu, 4 à 5 jours. Le pansement est revu et la guérison survient au bout de 6 jours. Ce procédé, très simple, donne constamment des résultats favorables, pourvu qu'il ait été bien appliqué et assez tôt.

Il a été préconisé, en outre, de remplacer la pâte iodoformée par l'huile xylo-iodoformée, qui exposerait moins au décollement des bords par un corps inerte tel que la vaseline.

Ce qui est important, c'est de ne pas faire des incisions trop larges, si l'on ne veut pas s'exposer à la chancrellisation des bords de la plaie, à la formation d'une vaste ulcération suintante, extrêmement longue à guérir.

CONCLUSIONS

Que peut-on tirer comme conclusion de l'exposé que nous avons essayé de tracer et des cas que nous rapportons?

Sans doute, il est assez difficile et téméraire de formuler des règles strictes, de porter des appréciations définitives sur une affection si peu fréquente, se présentant dans des conditions de temps, de lieu et de personne, si diverses et parfois si peu comparables.

Nous proposons cependant, comme conclusion à notre travail, et, en quelque sorte, comme résumé bref et schématique de ce court exposé, les quelques idées suivantes:

I). — Les affections chancrelleuses du doigt et de la main constituent une éventualité rare, cela est certain, mais elles ne doivent pas être considérées seulement comme une curiosité pathologique. On doit y penser en présence d'une ulcération un peu anormale de cette région, quand on aura éliminé les autres diagnostics.

II). — Les ulcérations chancrelleuses du doigt et de la main présentent une ressemblance frappante et indéniable avec les ulcérations génitales de même nature, si souvent observées. Mais l'on ne doit pas s'attendre à rencontrer une identité absolue entre les deux ordres de lésions. On risque, dans certains cas, de méconnaître totalement les chancres des doigts, si l'on s'attache à retrouver, exactement, tous les signes de la chancrelle en général. En particulier, on ne devra pas être surpris, ni dérouté, par l'intensité et l'importance des phénomènes douloureux.

III). — La chancrelle grave présente, du moins au début, une ressemblance frappante, imprévue et peu connue, avec le simple panaris, tant au point de vue objectif que subjectif. On devra s'attacher à la dépister dans toute affection inflammatoire traînante des doigts, même banale à première vue.

IV). — Dans les cas difficiles, il sera à peu près impossible de poser un diagnostic ferme, et d'arriver à la connaissance

exacte de la nature du mal, si l'on ne pratique pas l'auto-inoculation du pus, ainsi que l'examen bactériologique de l'exsudat.

V). — Les antiseptiques usuels, sublimé, alcool fort, phénol, permanganate de potasse, paraissent avoir une action empêchante relativement faible, vis à vis du développement de l'infection chancrelleuse, surtout s'ils sont employés d'une façon un peu tardive. Une mention spéciale doit être faite pour la teinture d'iode, antiseptique puissant et très usité, qui est loin, ici, de posséder la même efficacité que dans les infections banales. Non seulement, elle est à peu près inutile, mais même dangereuse par la fausse sécurité qu'elle donne au patient, et l'empêche de recourir à la cautérisation ignée, seul traitement préventif d'une efficacité certaine.

VI). — En aucun cas, même en présence de phénomènes inflammatoires très marqués, le chancre simple du doigt ne devra être traité chirurgicalement, par des incisions. On devra s'abstenir d'une façon absolue de le débrider, non seulement au bistouri, mais même au thermo-cautère. Les ponts de substance saine devront être respectés. Ils seront d'un grand secours, lors de la cicatrisation. Les trajets fistuleux seront soignés, médicalement, par des injections de liquides antiseptiques (éther iodoformé, etc.) Les résultats de toute intervention au bistouri sont constamment et franchement mauvais.

VII). — Le chancre simple du doigt ou de la main, contracté par des employés sanitaires salariés, à l'occasion, et du fait de l'exercice de leur profession, peut constituer un accident du travail et bénéficier des dispositions de la loi du 9 avril 1898.

OBSERVATIONS

Nous ne pouvons, faute de place, publier toutes les observations de chancres simples des doigts et de la main, que nous avons pu rassembler ou rencontrer. Leur nombre est beaucoup trop considérable, et un simple résumé manquerait totalement d'intérêt. Aussi, nous bornons-nous à publier les cas qui nous ont paru présenter un intérêt particulier.

Observation I.

Chancre. Inoculation d'une plaie du doigt.

(Ricord. Traité prat. des maladies vénériennes — page 204)

Gon...., âgé de 34 ans, entre le 12 août 1836, Salle III.

Ce malade avait contracté des chancres au gland. Il y a quinze jours que le doigt index s'étant trouvé pris sous une pièce de vin fut déchiré en 3 ou 4 endroits. Pendant les premiers jours, la plaie offrait une belle apparence, mais le malade se servant de son doigt blessé pour se panser vit son doigt s'ulcérer et la blessure devenir terne et grisâtre. Bientôt au pli du coude et dans le creux de l'aisselle se sont développés des engorgements lymphatiques.

Le 11 août, la piqûre du pus du doigt inoculée sur la cuisse droite donne la pustule caractéristique. Les ganglions ne paraissaient pas marcher vers la suppuration. Le 6 septembre tout est guéri, sauf l'ulcération de la cuisse que l'on avait laissée marcher. Le 10 septembre le malade sort entièrement guéri.

Observation II

Chancre mou de l'index, abcès lympangitique à distance.

(Société franc. de Dermatologie — 9 novembre 1905)

MM. Griffon et Dehérain montrent un malade porteur de chancres mous du prépuce, qui s'est inoculé un chancre mou extra-génital au niveau de l'index ; consécutivement à ce chancre on a vu apparaître une adénopathie épitrochléenne qui est en train de se résorber sans arriver à la suppuration. A mi-chemin du chancre et du ganglion apparaît un abcès lymphangitique chancrelleux, qui s'est ouvert spontanément.

Observation III

Chancre mou typique de l'index droit - avec lymphadénite.

(Scillag — Archv. für Dermatol. — 1899 page 365)

H. L..., 27 ans, garçon de magasin, célibataire, se présente le 22 décembre 1898, à l'hôpital St.-Etienne avec des chancres génitaux datant de 3 ou 4 semaines et qui avaient été traités jusque là par une solution de sulfate de cuivre. Il y a environ 3 semaines, il se frappa, avec un morceau de fer, l'index droit, qui enfla. Depuis, la plaie ainsi faite, suppura continuellement.

Etat présent. — Phimosis. — Autour du prépuce se trouvent tout alentour de petits chancres à base molle, douloureux, minés par dessous, à recouvrement jaunâtre, et dont les dimensions varient entre celles d'un grain de mil et d'un petit pois. Dans la région inguinale gauche il existe une éminence douloureuse grosse comme un œuf de pigeon et recouverte de peau rouge-foncé.

Sur la première phalange de l'index droit, il existe une pustule de la grosseur d'un haricot et remplie de pus jaunâtre. Après enlèvement de cette pustule et du pus, on remarque un ulcère tout aussi grand, assez superficiel, à base irrégulière, entourée d'un halo rouge foncé, à recouvrement jaunâtre. A l'avant-bras

droit, le long des voies lymphatiques court un cordon rougeâtre qui se termine à la hauteur de la région cubitale droite par une grosseur de forme plate, s'élevant un peu au-dessus du niveau de la peau, irrégulièrement délimité, non fluctuant, infiltré, douloureux, rouge-foncé, de dimension dépassant un peu celle d'une pièce de 5 couronnes.

Dans le détritus pris à la surface du chancre du doigt on observe, au microscope, des strepto-bacilles de Ducrey en assez petit nombre.

Traitement. — Nettoyage du chancre du doigt, pansement à l'iodoforme tous les deux jours. Après deux changements de pansements, le chancre était complètement recouvert de peau. La lymphangite et la lymphadénie réclament un traitement antiphlogistique. Le bras fut mis au repos complet, après quoi la lymphangite cessa complètement.

La lymphadénie existait encore le 12 janvier 1899, sous la forme d'un nodule de la grosseur d'une noisette, un peu mou, pas douloureux, avec desquamation de la peau environnante.

Observation IV

Chancre mou du doigt - forme typique.

(Queyrat — Société franc. Dermat. séance du 3 juillet 1902)

Louis L..., 38 ans, boulanger, entre le 3 mai 1899, à l'hôpital Ricord - salle 7 - n° 6.

A 18 et 33 ans, blennorragies guéries l'une et l'autre, sans accidents. Il y a 3 ans, syphilis diagnostiquée et traitée à l'hôpital Ricord par M. Mauriac.

Il y a un mois, 10 jours après un rapport sexuel, apparition au niveau du frein d'une ulcération qui a aujourd'hui les dimensions d'une grosse lentille. Elle est d'aspect grisâtre, peu douloureuse, elle a détruit le filet. Depuis 8 jours, de nouvelles ulcérations se sont produites autour de la 1ère, sur le gland et le prépuce. Elles ont approximativement les dimensions d'un grain de chènevis. Aucune ne présente d'induration, ni même d'infiltra-

tion sous-jacente. Pas de retentissement ganglionnaire. Le malade, au moment où s'est montré le premier chancre mou, avait une petite écorchure sur la face dorsale de la 2e phalange de l'index droit. Dix jours après l'apparition du chancre on a vu la plaie du doigt s'agrandir et survenir, dans ce doigt, des douleurs tellement vives qu'elles l'empêchaient de dormir.

L'ulcération digitale située sur le milieu de la face dorsale de la 2e phalange de l'index droit mesure un centimètre et demi de longueur, sur un centimètre de large. Elle est irrégulièrement ovalaire ; le fond en est d'un gris jaunâtre, les bords sont nets, légèrement violacés ; elle est douloureuse sans aucune induration. Il existe de l'œdème du doigt et de la face dorsale de la main. Notons, d'autre part, que l'os sous-jacent est notablement augmenté de volume. Les mouvements du doigt sont très gênés et le malade ne peut même pas le fléchir à demi. Le ganglion épitrochléen correspondant est très augmenté de volume. Il atteint la grosseur d'une noisette. A son niveau, la peau est légèrement rouge, la pression douloureuse ; pas d'adénopathie axillaire. Examiné, le pus de l'ulcération digitale présente des bacilles de Ducrey. Inoculé le 5 mai, aux deux bras, il donne, au bout de 4 jours, aux deux bras, une pustule caractéristique avec de nombreux bacilles de Ducrey.

Observation V

Chancre simple du petit doigt - diagnostic difficile - Petite incision avec mauvais résultat - Examen bactériologique détaillé.

(Siebert — Médizinisch Klinik — n° 48 — 1905) — Traduction.

Le malade N..., prétend n'avoir jamais eu de maladies sexuelles, et, visiblement, il ne présente aucune lésion des organes génitaux, visible. Il s'est, dit-il, huit jours avant de venir à notre consultation, égratigné le dos du petit doigt gauche avec un éclat de bois. Le jour suivant, il s'était formé, à cette place, une petite pustule, que le malade aussitôt, pendant quelque temps, traita lui-même avec de « l'emplâtre salutaire des voyageurs ». Ensuite

il se rendit à une visite médicale. Sous le saupoudrage ordonné par le médecin de poudre d'iodoforme, et sous la pustule, il se forma une ulcération qui montra aussitôt une grande tendance à l'extension.

Etat. — Sur la 2e phalange du petit doigt gauche, sur sa face dorsale, se trouve une ulcération, largement élevée, de la grandeur d'une pièce de 1 pfennig. Elle s'est installée sur des tissus rouges, enflammés, profondément infiltrés même dans les environs passablement éloignés. Le bord de l'ulcération est de couleur bleuâtre, taillé à pic et décollé d'environ 1/4 de centimètre. Sur le fond de l'ulcération on aperçoit des granulations mollasses et hémorragiques. L'ulcération est au toucher très douloureuse et saigne facilement. On ne constate d'augmentation de ganglions ni au coude, ni à l'aisselle.

D'une part, l'ulcération se présente, dores et déjà, comme différente d'un vulgaire panaris, mais d'autre part elle n'offre rien de caractéristique pour une lésion spécifique. Le diagnostic d'accident primitif syphilitique ne vint pas à l'esprit à cause de la grande tendance à une évolution rongeante aiguë. On pensa alors à un chancre mou. Le diagnostic fut posé à cause des granulations mollasses du fond ; mais, parce que le patient, paraissant digne de foi, niait énergiquement toute possibilité d'infection, il ne nous arrêta pas.

A la rigueur, l'affection avait une ressemblance avec un processus tuberculeux à la période d'état. Il fut fait une biopsie avec coloration spéciale du bacille tuberculeux, mais avec un résultat négatif. L'ulcération fut alors traitée énergiquement à l'acide phénique.

Le jour suivant, les bourgeons se sont détachés tout seuls, mais l'ulcération elle-même était devenue considérablement plus grande, et les manifestations inflammatoires ont encore progressé.

Il fut fait deux nouvelles préparations microscopiques avec coloration du bacille tuberculeux et coloration du bacille de Ducrey. Dans les deux cas, résultat négatif.

La plaie est traitée, pendant 15 jours, avec des pansements humides et des poudres antiseptiques : iodoforme, isoforme, dermatol, sans que ces moyens produisent des résultats appréciables.

L'ulcération augmente toujours ; elle a atteint la grandeur d'une pièce de 2 marcks, et tout le doigt est gagné par une enflure uniforme. Sur l'ulcération elle-même il n'y a pas de croûtes actuellement, mais des granulations d'aspect torpide. Jadis, l'exploration des tissus des environs, faite en s'éloignant du centre de l'ulcération, avec le contact d'une sonde, les avait montrés intacts. Maintenant, on arrive avec la sonde, jusqu'à 2 centimètres de la matrice de l'ongle, en soulevant la peau par dessous. Par la pression en cet endroit, se vide un peu de pus gris-blanchâtre. Cette portion décollée, minée par dessous, est incisée sur une sonde cannelée, et mise aussitôt dans un pansement humide. Le jour suivant, les bords entrelaillés de l'incision prennent une apparence purulente, lardacée, et par pression il s'échappe de nouveau un peu de pus. L'ulcération provoque maintenant au malade de vives douleurs spontanées, qui troublent complètement le sommeil de la nuit. Il fut fait, de nouveau, une préparation microscopique avec le pus, et coloration au bleu-polychrome, différentiée au mélange éther-glycérine. Dans ces préparations se montrent des microbes, groupés en courtes chaînes, disposés en rangs presque parallèles, arrondis à leurs extrémités, ne prenant pas le Gram, et que l'on put considérer, d'après ces caractères distinctifs, comme des strepto-bacilles de Ducrey-Unna. Les bacilles sont, en grande partie, libres, mais ils se réunissent cependant en petits groupes intra-cellulaires. Il fut fait aussitôt, d'après la méthode de Thomaczewski, des cultures, simultanément, par rayures et stries, sur agar au sang de lapin, et par inoculation de l'eau de condensation. Il poussa, au bout de 48 heures, d'assez abondantes colonies de la grandeur d'une tête d'épingle, grises, brillantes, à limites régulières, et d'apparence robuste, qui se laissent arracher en bloc du milieu nutritif. Colorées avec la fuchsine phéniquée étendue, les frottis de ces colonies montrèrent un grand polymorphisme. Parmi eux, se trouvèrent des bacilles présentant énormément la forme d'un cacco-bacille et également des strepto-bacilles d'aspect typique formant des chaînes de 3 à 4 unités. Un peu plus typique était l'examen de l'eau de condensation. Ici, l'on vit de longues suites de bacilles s'anastomosant les uns aux autres, comme il est d'usage dans l'eau de condensation des cultures de bacilles du chancre

mou. Les cultures par stries et de l'eau de condensation avaient toutes deux un Gram négatif.

A la suite de la certitude à laquelle nous étions arrivés, l'ulcération fut, dès lors, traitée énergiquement à l'acide phénique et saupoudrée de poudre d'iodoforme. Aussi, commença-t-elle à marquer une tendance à la guérison ; il apparut de nouveaux et vigoureux bourgeons, et l'épithélisme de la bordure se mit à progresser. A l'angle de l'incision dont nous avons parlé plus haut, malgré tous les efforts thérapeutiques, il continua à s'écouler un peu de pus.

Le malade fut, dès lors, fait sortant et adressé à un hôpital spécialisé.

Observation VI

Chancrelle typique de l'index - forme ordinaire.

(MM. Queyrat et Bricout — Bull. Soc. Médicale des Hôpitaux — 26 juin 1908)

V..., âgé de 20 ans, coiffeur, est entré dans notre service, salle 7, lit n° 3, le 17 juin 1908.

Vers le commencement de mai, il fut atteint, quelques jours après un contact sexuel, de blennorragie, en même temps qu'il présentait sur la face moyenne du prépuce, à gauche, une petite ulcération. A notre consultation, où il se présenta, nous ne pûmes pas affirmer cliniquement la nature de cette petite ulcération (herpès ou chancrelle au début), tout en penchant pour l'hypothèse de chancrelle. Nous lui prescrivîmes le traitement de la blennorragie, et, pour l'ulcération, des bains locaux d'oxycyanure de mercure et de la poudre de dermatol. Cette ulcération guérit en 15 jours.

Peu après le début de cette affection, notre malade, qui est coiffeur, se donne, en coupant les cheveux à un client, un coup de ciseau au niveau de la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne de l'index gauche.

Bientôt cette plaie, comme dit le malade, s'envenima, s'élar-

git ; il alla se faire panser à la consultation de chirurgie d'un hôpital de la rive droite. Les pansements furent régulièrement continués pendant un mois, sans amélioration ; bien au contraire, la plaie continua à s'élargir. Découragé, le malade alla consulter un médecin de son quartier, qui nous l'envoya.

Etat actuel. — Sur l'index gauche, au niveau de la face dorsale de l'articulation de la 1ère avec la 2e phalange, il existe une ulcération ovalaire à grand axe transversal, mesurant un centimètre de long, sur 8 m/m de large. Son fond est inégal, grenu, jaunâtre, suppurant ; ses bords sont nettement coupés, décollés, légèrement surélevés. Au pourtour la peau est d'un rouge violacé, légèrement œdémateux. L'os est augmenté de volume, l'articulation semble indemne, mais les mouvements sont gênés. Au palper, l'ulcération est souple. Elle est fort douloureuse.

Il n'existe pas de ganglions épitrochléens, mais dans l'aisselle gauche on trouve un gros ganglion douloureux à la pression.

Etant donnés les caractères de cette ulcération, nous portons, à la consultation, le diagnostic de chancrelle de l'index et nous cherchons l'ulcération génitale. Elle n'existe plus, cicatrisée depuis 3 semaines. A sa place, nous trouvons la muqueuse préputiale légèrement violacée et souple. Pour justifier le diagnostic clinique nous faisons, d'une part, six lamelles avec le pus de l'ulcération, et avec ce même pus, nous auto-inoculons séance tenante le malade au niveau de la région deltoïdienne gauche.

Ainsi qu'il était prévu, aucune des 6 lamelles colorées par le mélange de Pick et Jacobson ne montra le bacille de Ducrey ; en revanche, l'inoculation isolée sous verre de montre donne naissance, au bout de 36 heures, à une pustule suivie d'une ulcération qui, actuellement, neuf jours après l'inoculation, présente tous les caractères du chancre simple d'auto-inoculation. Ajoutons que dans le pus de cette ulcération, nous trouvons, en très grande abondance, du bacille de Ducrey.

La pathogénie de la chancrelle digitale de notre malade est celle que l'on observe d'ordinaire. Il s'est fait une coupure à la face dorsale de l'index ; cette solution de continuité est entrée en contact avec la chancrelle génitale et s'est infectée.

Observation VII

Chancre primitif du médius droit - forme ordinaire, péri-unguéale.

Leçon de M. Jeanselme, à l'hôpital Beaujon (service Dr Debove)
(Bulletin médical — 14 juillet 1909 — p. 657)

Voici un jeune homme qui m'a été obligeamment adressé la semaine dernière par mon collègue M. le Dr. R...

Il présentait, alors comme aujourd'hui, une ulcération en forme de croissant encadrant l'ongle du médius droit.

Cette ulcération ne pouvait être considérée comme la suite d'une tourniole vulgaire. En effet, l'absence de douleurs lancinantes aigües, de symptômes franchement phlegmasiques, la transformation rapide de la phlyctène initiale en ulcération dont l'extension a été constamment progressive depuis plus d'un mois, enfin l'aspect de la lésion, tout s'opposait à l'hypothèse d'une pyodermite péri-unguéale de nature banale. S'agissait-il d'un périonyxis ulcéreux syphilitique? L'idée n'était pas à rejeter à priori. Mais cette manifestation appartient aux premiers stades de l'infection. Elle survient à un stade où l'induration du chancre subsiste toujours, tout au moins voit-on coïncider avec elle les autres accidents de la période secondaire. Or l'examen le plus attentif nous a permis de constater que cet homme était indemne de syphilis.

Restaient donc en présence deux diagnostics : une tuberculose ulcéreuse par inoculation, un tubercule anatomique tantôt papillomateux, tantôt creusé en profondeur, et un chancre mou extragénital. A première vue, j'inclinais vers ce diagnostic, mais je n'étais pas en droit de conclure n'ayant pas alors tous les éléments d'information. Dans le courant de la semaine, j'ai revu plusieurs fois ce malade et j'ai acquis la conviction que cette ulcération péri-unguéale est bien une chancrelle. Je vous invite à en étudier les caractères.

L'ulcération occupe la face dorsale de la phalangette du médius droit ; elle est réniforme et, par sa concavité, encadre la base de l'ongle. Elle mesure 15 m/m transversalement sur 6 à 7 m/m dans le sens longitudinal.

C'est une perte de substance peu profonde, surélevée sur un plateau érythémateux. Les bords taillés à l'emporte-pièce sont soulignés par une bordure opaline formée par le clivage des couches épidermiques. Le fond est inégal, bourgeonnant, recouvert d'un pus épais et de débris jaunâtres adhérents qui sont dus à la mortification de la trame dermique superficielle. L'ongle est d'apparence grisâtre et terne ; peut-être, dans la suite, sera-t-il légèrement difforme si la matrice unguéale a été intéressée, ce que l'on ne saurait affirmer aujourd'hui. L'ulcération n'offre aucune tendance au phagédénisme. Elle ne se complique ni de lymphangite, ni d'adénite épitrochléenne ou axillaire. Un examen attentif du sujet me permet d'affirmer qu'il ne porte aucune lésion de même nature, soit à la verge, soit en tout autre point de la surface tégumentaire. Ce chancre mou digital est donc unique et primitif.

Il y a environ six semaines, le malade a remarqué une légère rougeur au niveau de la sertissure de l'ongle. Le lendemain, il s'était formé en ce point une petite traînée blanche de pus. Le malade fait observer qu'il a souvent des « envies » et c'est vraisemblablement une de ces petites dénudations de l'épiderme qui a été la porte d'entrée de l'infection. Cette minuscule collection a été ouverte par un pharmacien. Insignifiante d'abord la petite plaie n'a pas tardé à prendre le caractère ulcéreux et à s'étendre en dépit de toutes les médications, bains locaux à 45°, pansements à l'eau oxygénée et au sublimé.

Contrairement à ce que vous pourriez croire, la contagion, dans ce cas, n'est pas accidentelle. La profession du sujet ne l'expose pas à ce risque, et d'ailleurs, il ne fait aucune difficulté pour reconnaître qu'il a gagné ce chancre du doigt au contact d'une prostituée dont la vulve était garnie d'ulcérations.

Observation VIII

Chancre simple du doigt chez un syphilitique ayant fait croire à un accident tertiaire.

(M.M. Queyrat et Rouillaud. — Bull. Soc. Médicale des hôpitaux, 29 décembre 1911).

Le malade que voici, âgé de 47 ans, cocher, a eu la syphilis

il y a 6 ans. (chancre du gland, puis syphilides maculeuses). Il a été traité pendant 4 ans à la consultation de l'un de nous, régulièrement par des injections d'huile grise. Il n'a pas eu d'accidents.

Depuis 3 semaines, à la face dorsale de la phalangette de l'index droit, lui est survenue une ulcération ayant à peu près la surface d'une pièce de 50 centimes, irrégulière de contours, ovalaire ou plutôt ovoïde, à grosse extrémité externe ; les bords sont découpés assez nettement et ne sont pas décollés ; ils paraissent, en certains points, se continuer sans transition avec les tissus périphériques. Le fond est mamelonné, montre quelques points hémorragiques et ailleurs de petites croûtes formées de pus concrété.

A la périphérie on note une aréole d'un rouge vineux, inflammatoire, large de quelques millimètres, de sorte que l'ulcération est nettement surélevée, paraît enchassée dans ce petit monticule inflammatoire.

A la palpation on ne sent aucune induration, mais seulement un peu d'infiltration périphérique. On détermine une légère douleur en même temps que quelques hémorragies localisées, et l'issue d'une petite goutte de pus en différents points. Il n'y a pas d'adhérences au plan profond ; l'articulation de la 2e et de la 3e phalange a gardé ses mouvements quoique un peu diminués ; il y a un peu d'œdème de la 2e phalange. Pas de ganglions épitrochléens, ni axillaires. Comme signes fonctionnels, notons que l'ulcération est parfois douloureuse, spontanément, surtout la nuit.

Inquiet au sujet de cette plaie digitale, le malade est allé consulter un médecin, qui, apprenant qu'il avait eu la syphilis, a fait le diagnostic d'accident syphilitique tertiaire, et a renvoyé le malade à celui de nous qui l'avait soigné pendant 4 ans. Et c'est ainsi que B... s'est présenté à notre consultation le 7 décembre. Ce malade a-t-il, comme on le lui a affirmé, un accident tertiaire? il n'y paraît guère, à priori. Tout d'abord un accident tertiaire de cette région se disposerait autour de la matrice de l'ongle ; il serait demi-circulaire, plus infiltré, n'aurait pas ce fond mamelonné et hémorragique ; il serait plus cuivré et plus rouge vineux, et au fur et à mesure que l'on énumère les diffé-

rences, se précise dans l'esprit une autre hypothèse beaucoup plus vraisemblable. Il ne s'agit pas d'un accident syphilitique tertiaire ; il s'agit d'un chancre mou du doigt, chez un ancien syphilitique, et l'examen du pus que sécrète le fond de la plaie, pratiqué par le mélange de Pick et Jacobson, montre, en effet, des bacilles de Ducrey en amas et en chaînette et s'il vous faut une preuve de plus, regardez le résultat de l'inoculation que nous avons faite à la région deltoïdienne droite ; vous y voyez la pustule caractéristique de l'inoculation du pus chancrelleux. Il s'agit donc bien d'une chancrelle du doigt. Comment s'est-elle produite ? De la façon la plus simple.

Il y a six semaines environ, le malade, à la suite d'un rapport extra-conjugal, a contracté des chancres simples, qui existent toujours d'ailleurs, sur la face muqueuse de son prépuce. Quinze jours après, notre homme, qui est cocher, se fait, en nettoyant sa lanterne, une coupure peu profonde à la face dorsale de la phalangette droite.

En pansant ses chancres génitaux, il s'est infecté, et l'ulcération infectée, petite d'abord, s'est progressivement agrandie jusqu'à avoir les dimensions que vous avez vues.

Les conclusions de ce petit fait, c'est qu'il ne faut pas se laisser suggestionner par le passé pathologique d'un malade et croire, à priori, que lorsqu'on a eu la syphilis toute ulcération qui se montre chez lui sera de nature syphilitique.

Observation IX

Chancre mou du doigt médius, traité par l'air chaud, et suivi de raideurs articulaires.

(M.M. Balzer et Belloir. — Société franç. Dermatol Séance du 6 juin 1912).

R.... Auguste, 37 ans, plombier, entre le 29 avril, salle Bazin. Il s'est toujours bien porté et n'a pas d'antécédents rhumatismaux. Il y a un an environ, il a eu une blennorragie qui dura deux mois, sans complications articulaires. Le malade entre dans

le service pour deux chancres mous de la verge, l'un siégeant sur le fourreau, l'autre au niveau du sillon balano-préputial. Ces chancres, remarqués une huitaine de jours après un coït suspect, évoluent depuis quinze jours ; l'un d'eux est complètement cicatrisé, l'autre en bonne voie. Il existe dans les deux triangles de Scarpa des ganglions tuméfiés et douloureux. Le bacille de Ducrey est trouvé dans les chancres après coloration au bleu de méthylène.

Quatre jours après son entrée dans le service, le malade signale l'existence d'une petite plaie siégeant à la face dorsale du médius gauche, au niveau des deux dernières phalanges.

Trois jours après, apparaît un deuxième chancre d'origine lymphangitique à la face dorsale de la première phalange du même doigt. Ces deux ulcérations, allongées suivant l'axe du doigt, acquièrent plus d'un centimètre de large et une longueur de trois à quatre centimètres. Les bords sont irréguliers, déchiquetés, décollés. Le fond est jaune grisâtre. Le pourtour est rouge œdématié. La sécrétion est nettement purulente jaunâtre. La lésion est douloureuse, spontanément et au moindre contact. L'examen microscopique montre la présence de nombreux bacilles de Ducrey. L'ultra-microscope est négatif pour le spirochite pallide. Les ganglions du creux axillaire ne sont pas augmentés de volume.

Traitement. — Attouchement avec la solution de nitrate d'argent et de zinc à 1/10, bains locaux au permanganate de potasse, suivis de pansements à l'iodoforme ; amélioration très lente. On fait alors une application d'air chaud superficielle. Elle détermine une amélioration visible dès le lendemain.

Le 4 mai, deuxième application d'air chaud. Le doigt est légèrement tuméfié. Les ulcérations ont très nettement diminué d'étendue, le fond est bourgeonnant, les bords prolifèrent, la sécrétion purulente décroît. Le 10 mai, troisième application d'air chaud. Si la cicatrisation fait des progrès rapides, il existe une grande gêne dans les mouvements de flexion et d'extension des articulations du médius. Entièrement rigide, le doigt ne peut exécuter aucun mouvement.

Dans les jours qui suivent, on observe une sorte d'ankylose très marquée des articulations des phalanges, tandis que l'arti-

culation métacarpo-phalangienne reste un peu plus libre. Toutefois, il est à remarquer que, au niveau du quatrième doigt, à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange, il existe également une raideur très marquée, alors qu'il n'y a jamais eu de chancre au niveau de ce doigt, mais les mouvements restent un peu plus libres que ceux du médius.

Le 13 mai, l'ulcération inférieure est cicatrisée. A la partie inférieure de l'ulcération de la première phalange, on trouve encore une petite pustule sous-épidermique. Un léger coup de la pointe du bistouri fait écouler quelques gouttes de pus. On refait un examen microscopique et l'on retrouve encore du bacille de Ducrey très nombreux. On emploie de nouveau l'air chaud, régulièrement, jusqu'à cicatrisation complète et toujours en applications superficielles. Le malade a subi ainsi huit applications d'air chaud.

Le malade sort entièrement guéri le 3 juin, mais il conserve de la raideur articulaire totale pour le médius et moins marquée pour l'annulaire. On voit sur le médius une cicatrice allongée, étroite, qui commence sur la phalangette un peu au-dessus de l'ongle et remonte jusqu'à la moitié de la première phalange. La peau est amincie, comme sclérosée et adhérente aux tissus sous-jacents.

En résumé, ce malade atteint de chancres mous des organes génitaux, s'est inoculé accidentellement à la face dorsale de la phalangette du doigt médius gauche. Un premier chancre mou s'est produit, là, près de l'extrémité du doigt, et peu de temps après un second chancre mou à la face dorsale de la première phalange du même doigt. Ces chancres ont été rebelles au traitement et leur ténacité a contrasté avec la facilité avec laquelle ont guéri les chancres mous tout d'abord contractés par le malade aux organes génitaux. Les pansements habituels ont été insuffisants pour les guérir et il a fallu recourir aux applications d'air chaud pour en obtenir la cicatrisation.

Pour appliquer l'air chaud nous nous servons d'un appareil fort simple que nous avons employé autrefois pour obtenir la vaporisation de divers sels, en particulier du calomel. Nous voulons, en outre, attirer l'attention sur la raideur des doigts qui s'est produite si rapidement pendant l'évolution des chancres

mous. Cette raideur est extrêmement accusée sur le doigt médius qui a été le siège des ulcères. On peut même dire que la rigidité de ce doigt a été complète, simulant l'ankylose pour les articulations des phalanges et surtout de la phalangette, un peu moindre seulement pour l'articulation du doigt avec le métacarpien. Cette rigidité s'est produite avec une grande rapidité, car elle était déjà très accusée lorsque nous l'avons remarquée pour la première fois, dans le courant du mois de mai. Elle nous semble due à deux causes : l'immobilisation du doigt et l'action du processus inflammatoire sclérosant des chancres mous. Les effets de l'immobilisation sont indéniables, nous en avons la preuve dans la rigidité que présente aussi l'annulaire qui n'a pas été atteint par les chancres mous. Mais la raideur est bien plus accusée sur le médius et il nous paraît certain que là elle est dûe pour une certaine part au processus chancrelleux. Le traitement par l'air chaud n'est pour rien dans cette raideur qui l'a précédé. L'action de l'air chaud n'a pas été poussée jusqu'à la production d'escarres, même superficielles.

Observation X

Chancres mous géants des doigts et de la main. — Incision antérieure avec mauvais résultat. Douleurs très vives.

(Milian. — Annales des maladies vénériennes. Décembre 1918).

Le nommé C... Ph..., âgé de 26 ans, adjudant-chef, entre à l'hôpital 24 le 16 janvier 1918, dans un service de chirurgie, avec le diagnostic d'abcès et tourniole (obser. n° 118).

Le 2 janvier, était apparue au médius gauche, dans la rainure de l'ongle, bord cubital, une petite plaie douloureuse. Cinq jours après, à la base du même doigt. sur la face cubitale, une grosseur que le malade montre au médecin-auxiliaire du bataillon, qui crut à une engelure. Trois jours après, la lésion se cicatrisa et forma un abcès que le médecin incisa après anesthésie locale, sur une longueur de deux centimètres. Il en sortit beaucoup de pus.

Sur ces entrefaites, la main enfla à son tour et deux jours après survint un autre abcès sur le dos de la main, un peu au-dessus de l'interligne articulaire du poignet et que le médecin incisa le 14 janvier.

Le patient, entré à l'hôpital 24, le 16 janvier, resta sept jours en chirurgie où on le pansa chaque jour à l'éther et on se proposait de lui enlever l'ongle. Mais en présence de l'extension croissante des lésions, il me fut envoyé en consultation.

Habitué à voir des chancres mous extra-génitaux depuis le début de la guerre, je portai immédiatement ce diagnostic, bien que la verge et les autres régions du corps fussent indemnes. La constatation, dans les diverses ulcérations, du bacille de Ducréy, confirma le diagnostic.

Voici la description des trois ulcérations chancrelleuses, à la date du 26 janvier 1918 :

L'ulcération unguéale du médius siège au bord supérieur de l'ongle et sur la matrice elle-même, occupant la moitié cubitale de cette matrice et dépassant l'ongle jusqu'à la face latérale interne du même doigt.

Les dimensions en sont de un centimètre de hauteur sur deux centimètres de largeur. Le fond est irrégulier, tomenteux, couvert d'un pus blanc jaunâtre épais avec stries sanguinolentes. Le bord inférieur descend sur l'ongle en pente douce. Le bord supérieur forme un sourcil rouge, infiltré, qui surplombe le chancre et possède 4 à 6 m/m de hauteur. La lèvre de ce sourcil possède un petit liseré sanguinolent caractéristique du chancre mou.

L'ulcération de la base du médius est beaucoup plus grande, presque ronde, un peu allongée perpendiculairement à l'axe du doigt et siège intégralement sur la face latérale interne de la 1ère phalange, dont elle occupe presque toute la hauteur. Elle dépasse une pièce de 5 francs en surface. Le fond a les mêmes caractères que le chancre péri-unguéal ci-dessus. La purulence est énorme, la phalange est très gonflée ce qui permet au chancre d'avoir des dimensions si grandes. Le bord supérieur est extraordinairement décollé et l'on peut, à la base du doigt, pénétrer avec un stylet jusqu'à un centimètre dans l'espace interdigital.

Le médius et la main, surtout à la face dorsale, étaient consi-

dérablement œdématiés, à l'entrée du malade. Il s'agissait d'un œdème mou et rosé qui a diminué aujourd'hui quelque peu sous l'influence de la balnéation pratiquée chaque jour. L'ulcération du dos de la main, a, à peu près, la dimension d'une pièce de un franc, arrondie, à bords en pente douce, avec un gros bourrelet externe, au-dessus du poignet, un peu œdémateux. Tout cela est extraordinairement douloureux. Le moindre attouchement provoque immédiatement des plaintes, et la souffrance dure plusieurs minutes, littéralement à se tordre. La douleur est telle que le malade tient sans cesse les doigts écartés et soutient main et avant-bras gauches de sa main droite. L'insomnie est presque complète. Il a fallu donner un gramme de chloral le soir.

Une fièvre légère accompagne ces 3 chancres de la main, oscillant entre 37°2 - 37°4 et 38°2 le soir.

21 janvier. — Le chancre du dos de la main est recouvert d'une croûte, celui de la base du médius montre un véritable décollement fistuleux qui s'étend jusque dans la région inter-métacarpienne correspondante. Malgré l'intensité des phénomènes inflammatoires juxta et péri-articulaires, il n'existe aucune ankylose articulaire. Un ou deux ganglions durs et du volume d'une grosse bille existent dans l'aisselle gauche. ; il n'y a pas de ganglions épitrochléens. Dès l'entrée du malade dans le service, et pour calmer les phénomènes horriblement douloureux, il fut administré matin et soir un grand bain de main et d'avant-bras au permanganate de potasse à 1/1000. Dans l'intervalle étaient appliqués de copieux pansements humides de même substance.

24 janvier. — Le malade se plaint de souffrir de la gorge. Il a un peu de rougeur sur les amygdales, l'haleine est fétide et la langue saburrale, mais on ne voit rien d'autre. Il se plaint aussi d'une certaine sensibilité de la région cervicale qui correspond à une chaîne de petits ganglions latéraux gauches du volume d'un haricot.

25 janvier. — Le malade souffre toujours beaucoup de sa main qu'il immobilise le plus possible et qu'on ne peut ni toucher, ni remuer. La chaîne des ganglions cervicaux est plus apparente. Elle part de la partie externe du creux sus-claviculaire gauche, en relation certaine avec ceux du creux axillaire et monte en avant du bord externe du trapèze et parallèlement à lui. La

sensibilité de ces ganglions est modérée. Ils sont durs. Ils montent jusqu'à la mastoïde.

28 janvier. — La douleur de la main diminue. C... a pu dormir sans chloral pour la première fois la plus grande partie de la nuit. Il est possible de remuer le pouce. C... remue l'avant-bras sans être obligé de le soutenir de la main droite. La chaîne des ganglions persiste identique.

29 janvier. — C... avale mieux. La rougeur de l'amygdale gauche a diminué, mais on ne voit aucune ulcération à sa surface ni enduit pultacé. Il s'agit, sans doute, d'une propagation à distance du tissu amygdalien, parallèle à l'inflammation ganglionnaire générale.

31 janvier. — Les chancres augmentent encore d'étendue, la gorge est plus douloureuse, la chaîne ganglionnaire du cou reste stationnaire.

1^er^ février. — Les pansements humides sont remplacés par la poudre de Lucas-Championnière, mais les bains mi-quotidiens au permanganate sont continués.

9 février. — Le chancre mou péri-unguéal est à peu près cicatrisé. Les autres se détergent, se comblent et se rétrécissent. Le fond en est rouge et de bon aloi. Les ganglions du cou diminuent de volume.

13 février. — Cicatrisation complète du chancre péri-unguéal, presque complète du chancre du dos de la main, partielle de celui de la base du médius.

L'avant-bras est toujours atrophié. Les ganglions cervicaux sont réduits au volume d'un grain de mil.

28 février. — Les chancres sont cicatrisés, sauf celui du dos de la main qui suppure encore sous la croûte. Les ganglions du cou ont disparu sauf ceux du commencement de la chaîne, au creux sus-claviculaire.

22 mars. — Persiste encore une légère suppuration du chancre du dos de la main. La guérison complète est obtenue le 30 mars.

Observation XI (1)

Chancres mous accidentels de la main. Incisions multiples et fâcheuses. Complications graves et nombreuses. Origine professionnelle.

(Médecin-major Battut. — Journal des maladies cutanées, mai 1905).

Le 16 décembre 1904, le soldat X, du 144e d'infanterie, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux pour une chancrelle du prépuce. Celle-ci datait de près de 15 jours ; elle était accompagnée d'un phimosis inflammatoire très serré, d'une adénite inguinale droite très volumineuse, enflammée, avec légère rougeur et adhérence de la peau, d'une lymphangite du pénis formée de 2 ou 3 troncs parallèles indurés, dont l'ensemble est de la grosseur du petit doigt, revêtue d'un tégument à teinte violet sombre, aboutissant à la racine de la verge à un abcès de la grosseur d'une noisette et prêt à s'ouvrir spontanément. Il existe une blennorragie concomitante.

La nécessité de mettre à nu et de soigner directement des lésions ulcéreuses, qui siègent peut-être sous le prépuce enflammé et œdématié, déterminent le docteur L... à faire une incision dorsale médiane. Celle-ci pratiquée, il fut dans l'impossibilité, vu l'état général d'induration et le pus abondant du sillon balano-préputial, de renverser le prépuce en dehors et de mettre à nu le gland, tout petit et conique à sa racine. En suturant l'incision dorsale sur ses deux lèvres, et en plaçant le fil médian au sommet de l'incision, l'aiguille cède brusquement et pénètre d'environ un centimètre, à la face dorsale du premier espace inter-métacarpien de la main gauche. Peu d'hémorragies consécutives, aucune cautérisation immédiate, un peu de sublimé seulement sur la piqûre.

Trois jours après, douleurs profondes, au point d'inoculation, sans nodosité, ni chancrelle cutanée.

Au 4e jour, légère *incision* et débridement avec un bistouri non aseptisé et un peu rouillé près de la pointe. Il ne vient pas de pus.

(1) Je n'ai pu reproduire, d'une façon complète, cette observation, très interessante à bien des égards, mais qui est vraiment trop longue, avec des redites. Tous les passages essentiels ont été reproduits, avec tous les détails et sans modifications.

Au 5e jour, cautérisation de la petite incision avec de la teinture d'iode pure, portée sur place avec une allumette de bois propre.

Au 10e jour, grosse induration profonde, rougeur inflammatoire autour de la plaie, tension marquée.

Le 27 décembre, au 11e jour, le docteur Ponchet, médecin-chef, cautérise au thermo-cautère, sous le kélène, le sommet de l'induration, qui a la grosseur d'une forte noisette. Cette intervention est très douloureuse ; le soir même, douleurs obtuses vers le coude, plus vives à l'aisselle, bains phéniqués du bras, nuit mauvaise, sensation intolérable de causalgie dans le pouce et l'index sur les deux faces correspondantes. Pansement phéniqué.

Le 29, la plaie prend l'aspect nettement chancrelleux, et a la surface d'une pièce de 50 centimes. Fièvre et insomnie, adénite axillaire très perceptible et surtout très douloureuse dans les mouvements d'élévation du bras.

Le 30, la nuit a été très pénible ; il existe une sensation de tension dans la gaîne du fléchisseur propre du pouce gauche, les phénomènes douloureux du coude sont moins intenses, l'aisselle est plus libre, la plaie est pâle, non bourgeonnante. On constate au centre le pertuis qui conduit au fond de la piqûre et d'où ne sort pas de pus. L'œdème du dos de la main, très marqué hier, a rétrocédé ; l'induration dans son ensemble a diminué ; l'aisselle présente à son sommet trois petits ganglions douloureux sans adhérences cutanées ou rougeur de la peau ; on ne voit pas trace au bras de lymphangite superficielle, pas de ganglions sus-épitrochléens.

Cautérisation à la teinture d'iode pure de la plaie dont le rebord cutané s'est décollé en collerette depuis 4 jours Pansements secs, douleurs assez vives consécutives. L'ulcération avant le pansement est d'aspect circiné, creusé à pic, avec aspect terne des tissus, couleur chair de saumon. Le fond de la plaie est très induré, non suintant. Tout autour, tissus inflammatoires indurés, peau soulevée.

31 décembre. — Application du rayonnement du thermo-cautère, très difficile à supporter, pansement à la vaseline cocaïnée à 1/20. Le soir, exhalaison séreuse des plus importantes, adhé-

rence de la compresse de gaze du pansement, causalgie des plus violentes.

1er janvier. — (15e jour). L'ulcération est toujours blafarde, déchiquetée, profonde de 3 m/m, la peau est soulevée, avec un peu d'exsudat de pyodermite. En dedans et en haut, vers la racine du 1er métacarpien, excision du derme. En dessous, petite pustulette ponctiforme, sur un fond inflammatoire. Le gros ganglion de l'aisselle est plus perceptible en haut et en dedans, mais moins douloureux. Le bras est également indolore ; l'aspect du pouce gauche est normal ; pas de rougeur ni d'œdème, ni cette chaleur qu'on observe au moment des crises de causalgie.

3 janvier. — L'ulcération a gagné du côté radial, surtout en étendue et en profondeur. Elle est anfractueuse, profonde de 4 m/m. Il existe 2 ou 3 pertuis du côté radial, vers la racine du pouce. Il semble que le centre de la plaie ne veuille pas se déterger... Pus peu abondant. Présence de 2 petites pustules rougeâtres, indurées, de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ d'épaisseur. Elles sont crevées au bistouri et de l'une d'elles sort un pus crémeux abondant. Le soir, 3 ou 4 crises de causalgie, les 2 et 3 janvier.

6 janvier. — L'ulcération générale circulaire a gagné en profondeur. Il s'est formé, en haut et en dehors, vers le pouce, une tumeur saillante avec 2 petits pertuis cutanés sur un fond rougeâtre ; la nuit a été très mauvaise, accompagnée de douleurs interscapulaires très violentes, de contractures périscapulaires. L'adénite a doublé de volume. Incision de l'abcès interdigital après injection de cocaïne. Issue de pus très abondant. On ne cautérise pas la surface chancrellisée. Nuque très douloureuse.

La seconde ulcération incisée s'accompagne en dedans, vers le 2e métacarpien, d'un nouveau bouton rougeâtre, élevé, qui s'ouvre spontanément et donne du pus. Le cratère primitif, a, au moins, 5 millimètres de profondeur ; il est à teinte grisâtre, à sécrétion purulente salissant les deux pansements quotidiens du du matin et du soir. La zone ulcérée du premier espace interdigital est très enflammée sur une surface correspondant à une pièce de 5 francs environ avec tendance au phagédénisme et à l'envahissement. A 9 heures du matin, six piqûres de cocaïne au 1/100 sont faites sur le pourtour de l'ulcération. Elles sont très douloureuses à supporter. M. Pouchet cautérise très profondément

au thermo-cautère sans la moindre douleur et fait sauter les ponts cutanés séparant les deux ulcères secondaires, puis rotit le fond de l'ulcère principal. Pansement avec de la gaze aseptique. Réaction très violente et très douloureuse, de 10 heures du matin à 1 heure de l'après-midi. A partir de ce moment la plaie n'impose que peu de souffrances, mais dans la nuit du 9 au 10, causalgie et état douloureux persistant de l'adénite axillaire.

13 janvier. — Insomnie persistante, malgré une injection de 0,02 de morphine, mais peu de souffrances. La zone de pression douloureuse de l'adénite axillaire semble s'être étendue en haut et en dehors.

Le 15, incision exploratrice de l'adénite de l'aisselle poussée jusqu'à 7 centimètres, sans résultats. Vives douleurs à la nuque.

22 janvier. — (37e jour). Depuis 3 jours la plaie a repris son aspect chancriforme, surtout vers le bas et en dehors, où elle creuse en profondeur, prenant un aspect couenneux. Les bords sont épaissis, indurés, rougeâtres, avec un aspect pseudo-érysipélateux et sudamina. Ne donne pas de pus.

Il existe de vives douleurs du côté interne du coude, que l'on dispose sans résultats sur un coussin. Il existe une induration sensible du brachial antérieur et de la rainure bicipitale interne dans son tiers inférieur, sans rougeur apparente... L'extension du coude est impossible ; la supination douloureuse, le pli du coude est gonflé, on y sent une tumeur roulant sous le doigt, de la grosseur d'une noisette allongée sur un fond douloureux, pris pour une plaque de lymphangite.

23 janvier. — M. Chavannaz est appelé en consultation avec M. Pouchet. On n'est pas d'avis d'accéder au désir du malade de procéder à l'énucléation totale de la tumeur axillaire, de crainte de chancrellisation secondaire. La plaie de la main a un fond rouge, légèrement pointillé, avec, sur ses bords, un enduit pultacé, pas de pus, pas de sérosité. Vives douleurs au pli du coude, du côté interne de l'M veineux...

Le 31, la plaie de la main a considérablement diminué ; elle a le volume d'un pain à cacheter. Grosse tumeur très allongée au niveau du pli du coude, en forme de cordon...

7 février. — On s'aperçoit que le gros cordon douloureux, par-

tant du pli du coude et qui s'étend vers la face postéro-cubitale de l'avant-bras, constitue une véritable phlébite et non de la lymphangite tronculaire. La médiane basilique est toujours dure, de la grosseur d'une plume d'oie, moins douloureuse. La plaie de la main est cicatrisée et recouverte d'une croûte. Pansement au collodion. Réapparition d'une goutte de pus. Cordon veineux toujours douloureux. Néanmoins le docteur L... peut opérer une mastoïdite d'urgence. Apparition d'une gouttelette de pus, malgré teinture d'iode. Réapparition des douleurs des phénomènes inflammatoires. La plaie est à fleur de peau sans cryptes, ni pus apparent.

1er mars. — Œdème axillaire périclaviculaire. On applique sur la plaie de la main de la vaseline iodoformée et de la poudre d'orthoforme. Apparition au niveau de la paume de la main d'une grosse phlyctène, entourée de petites vésicules opaques.

9 mars. — En dehors des grosses phlyctènes de la paume de la main, il apparaît d'autres vésicules toutes petites, bien individualisées, très prurigineuses, formant des traînées linéaires ayant un vague aspect de zona. Prurit intense.

L'éruption s'étend considérablement le jour suivant et M. Dubreuilh, consulté, n'hésite pas à voir une éruption médicamenteuse due à l'iodoforme ou à l'orthoforme.

12 mars. — On excisa la peau qui recouvre les phlyctènes. Apparition d'une surface de la grandeur d'une pièce de 5 francs, dénudée et à vif, qui se rétrécit considérablement. L'application de poudre de talc et de bismuth détermine de vives souffrances et un suintement, collant fortement au linge.

18 mars. — Prurit intense à la main. Apparition de nouvelles vésicules dans les espaces interdigitaux, de la main droite, (côté opposé) d'une phlyctène au bord cubital de la même main.

A gauche, desquamation de la peau du pouce. Sur les doigts grosses vésicules saillantes.

M. Dubreuilh porte le diagnostic de névrodermite symétrique, maximum à gauche. Applications de compresses d'eau blanche Epidermisation de la main gauche.

21 mars. — Frissons violents durant 1 heure $\frac{1}{2}$, nausées, délire violent, fièvre, état saburral. Le bord postérieur de l'aisselle

est douloureux, gros œdème local, mouvements pénibles. Rougeur et chaleur vers la pointe de l'omoplate avec fluctuation apparente le jour suivant. Vaste rougeur sous-scapulaire.

25 *mars.* — Température 40°, l'aisselle est gonflée, sur le bord inférieur du grand dorsal, tumeur douloureuse, embarras gastrique, coliques violentes, nausées, crises de dyspnée, vomissement bilieux. De l'aisselle à la colonne vertébrale, plaque rouge uniforme, d'aspect érysipilateux.

M. Pouchet pratique deux incisions verticales, de 7 centimètres, l'une parallèle au bord spinal et l'autre symétrique près du bord postérieur de l'aisselle. Il vient un peu de sérosité. Existence d'une infiltration gélatiniforme. Le soir, température 40°. Il s'agit d'un véritable *érysipèle*, qui suit son cours. Journée du 24, mauvaise, anorexie, langue blanche. Pression sur le dos très pénible.

La plaque érysipélateuse s'efface à gauche pour gagner a droite. Elle est boursouffiée, encore, vers l'aisselle, et fort large. Disparition, puis réapparition, des vésicules des mains ; transpiration très abondante.

27 *mars.* — Les bords de l'enfoliation épidermique sont secs même au doigt ; l'érysipèle, qui a gagné toute la région lombaire et scapulaire droite, décroît vers la gauche. L'incision para-vertébrale est guérie, l'incision axillaire est béante et douloureuse.

28 *mars.* — Boursoufflure en haut de l'omoplate, et sur la partie postérieure de l'épaule avec aspect franc du bourrelet érysipélateux, douloureux et cuisant. Pansement humide sous imperméable.

29 *mars.* — Sueurs abondantes. La plaque érysipélateuse s'arrête en bas, dans le flanc droit en traînées irrégulières, gagne l'aisselle gauche qui prend une teinte rouge vineux.

1^er^ *avril.* — Douleurs et prurit intenses, sur les épaules et le flanc droit, démangeaisons très vives à la main, dont l'épiderme rougit, prêt à se déchirer. Adénite axillaire douloureuse.

5 *avril.* — Le malade se lève, quoique très affaibli ; brusque rétrocession des phénomènes inflammatoires axillaires. Il persiste un cordon veineux induré au pli du coude. Cicatrice d'inoculation dure, un peu sensible. Guérison. Départ à Nice.

Observation XII

Chancre mou du doigt. Inoculation professionnelle accidentelle par le pus d'un bubon.

(Miliau. — Paris-Médical. — **2 février 1918**).

Le 13 septembre 1917, le docteur L... médecin-major de 2e classe, médecin-traitant à l'hôpital 24, incisait un bubon suppuré de l'aine droite, chez un malade atteint, depuis un mois, d'un chancre mou de la verge. Au moment où le Dr L... terminait son incision, le malade, d'un mouvement intempestif, provoqué par la réaction douloureuse, poussa le coude du docteur. Dans ce mouvement, la pointe du bistouri atteignit la face radiale de la 2e phalange de l'index gauche de l'opérateur et y produisit une petite plaie linéaire peu profonde de 6 à 7 m/m de longueur.

Le Dr L.., par crainte d'une inoculation chancrelleuse, appliqua immédiatement sur la petite plaie de la teinture d'iode et 10 minutes après plongea le doigt dans de l'alcool à 95°. Cela fait, un pansement humide à l'oxycyanure de mercure à 1/2000 fut appliqué.

Le 19, c'est-à-dire 4 jours après, le Dr L... me montra son doigt. La petite plaie linéaire du coup de bistouri ne s'est pas refermée ; elle baille, au contraire, légèrement, et ses bords sont jaunâtres. Il en sort un peu de liquide sanguinolent. Elle est extrêmement douloureuse, non par pression du contour, mais par contact de ses lèvres avec le fil de platine qui prélève de la sérosité pour l'examen bactériologique. Au pourtour de l'incision il existe une zone inflammatoire d'un rouge rosé, sur une surface de la dimension d'une pièce de 50 centimes, un peu surélevée de 3 à 4 millimètres, sur les tissus environnants, à la manière d'un verre de montre dans son boîtier.

Il n'existe ni lymphangite, ni adénopathie correspondante. L'examen microscopique direct de frottis de pus, coloré à la fuchsine (ziehl au 1/4) me montre des diplocoques, mais ne révèle pas la présence de bacilles de Ducrey.

La petite plaie est pansée à la poudre de Lucas-Championnière. Le 21 septembre, la réaction inflammatoire a légèrement augmenté de volume et prend vaguement l'apparence d'un petit ma-

caron. La première phalange est un peu œdémateuse. Un pansement humide boriqué est appliqué.

Le 22 septembre, la petite ulcération devient irrégulière et s'élargit.

Le 24 septembre, elle s'est transformée en ulcération évidente, de la dimension d'un grain de millet, dont les bords sont décollés, jaunâtres, donnant, à l'ensemble, l'apparence d'un soulèvement épidermique phlycténulaire.

De sous les bords, la pression latérale fait sortir des goutellettes de pus, où je trouve en abondance le bacille typique de la chancrelle ; bâtonnet à centre clair et extrémités vivement colorées. Les bords de la plaie sont toujours extrêmement douloureux, au moindre attouchement.

Le Dr L..., craignant une lésion phlegmoneuse, une menace de panaris, me réclame une incision, que lui ont conseillé, d'ailleurs, les chirurgiens. Mais le diagnostic, virtuellement posé par la nature du contage originel, était rendu certain par la constatation du bacille chancrelleux dans les frottis. Il était indispensable de s'abstenir de toute intervention chirurgicale, sous peine d'inoculer les bords de la plaie nouvelle et d'agrandir ainsi le chancre.

Le 26 septembre, l'ulcération s'est agrandie encore et atteint la surface d'une lentille. Il en sort toujours une goutellette purulente.

A cette époque, la lésion présente un aspect des plus caractéristiques : centre ulcéreux, bordure épidermique en couronne de 3 à 4 m/m de large, pourtour inflammatoire rouge rosé, de très vive coloration. Le tout mesure environ 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de diamètre. Au loin, la première phalange est assez fortement œdématiée, gonflée. L'aspect est plutôt celui d'une grosse lésion inflammatoire que celui d'une chancrelle. Mais une lésion inflammatoire de cet âge (11 jours) aurait pris des proportions considérables, et serait déjà abondamment suppurée.

Il est remarquable, d'ailleurs, de constater que si les bords de la plaie sont douloureux, la zone périphérique ne l'est nullement. Il n'y a aucun engorgement ganglionnaire épitrochléen et axillaire.

Le 1er octobre, l'ulcération atteint la dimension d'une pièce de

20 centimes, elle est plus profonde. Mais la zone inflammatoire ne s'est pas rétrécie. L'épiderme est tombé à la surface de celle-ci. L'empâtement inflammatoire est cependant toujours profond et atteint manifestement l'épaisseur totale du tissu mou jusqu'au squelette. Il est suffisant pour amener une gêne et une certaine raideur dans les mouvements des doigts.

Le 4 octobre, l'ulcération s'élargit et devient plus profonde, en même temps que les phénomènes inflammatoires diminuent d'étendue. En un mot, la plaie devient plus nettement chancrelleuse.

Le 21 octobre, c'est-à-dire au 36e jour, l'ulcération a encore gagné en profondeur. En surface, elle atteint les dimensions d'une pièce de un franc. Il n'y a pas d'autres complications.

Le chancre a toujours été pansé à la poudre de Lucas-Championnière, sauf pendant quelques jours, où le Dr L... essaya le traitement par la méthode de Carrel, mais il dut cesser, car le traitement était irritant, et la plaie gagna quelques millimètres en largeur au lieu de rétrocéder.

Sur ces entrefaites, le malade quitta l'hôpital 24, par mutation pour le gouvernement militaire de Paris.

Le 14 novembre, il m'écrivait : « Mon ulcération est presque « complètement cicatrisée, mais les bords en sont indurés, et je « ne suis pas sans inquiétudes sur l'évolution ultérieure de cet « accident. Il y a 3 jours, les docteurs Brocq et Sabouraud m'ont « examiné ensemble à l'hôpital St-Louis. La lésion leur a paru « des plus suspectes, et ils ont conseillé un Wassermann qui s'est « révélé négatif. »

J'ai vu, à Paris, le Dr L..., le 14 décembre. Il m'annonça que le chancre était cicatrisé depuis le 16 novembre, qu'aucune complication n'était survenue, et que toute crainte de chancre syphilitique s'était évanouie devant l'évolution ultérieure et l'absence totale de tout accident secondaire. Le doigt lui-même avait retrouvé sa souplesse et présentait seulement un peu d'induration diffuse des tissus sous-jacents à la cicatrice étoilée.

Observation XIII

Chancre mou, d'origine professionnelle, du pouce.
Incisions multiples et fâcheuses.

(Service de M. le docteur Thibierge, salle Devergie, lit 20 bis, (observation inédite).

Maurice B..., âgé de 28 ans, est employé comme infirmier à la salle d'opération d'une clinique de vénériens.

Le 20 avril 1920, en rangeant des instruments, il se pique, à l'extrémité du pouce gauche, avec la pointe d'un bistouri qui venait de servir à une opération qu'il ne peut préciser. Sur cette petite plaie, à peine perceptible, il met aussitôt de la teinture d'iode.

Pendant trois jours, il continue son travail d'infirmier, manipulant des plaies ulcéreuses et des pansements souillés.

Cependant, dès le lendemain de sa piqûre, 24 heures après, exactement, il remarque, au point piqué, une petite pustule rouge-vif, sensible et douloureuse. Il applique, de nouveau, une large couche de teinture d'iode.

Le jour suivant, la petite pustule est remplacée par une petite phlyctène muco-purulente, entourée d'une zone inflammatoire rouge-vif, tendue, douloureuse.

Le médecin de l'établissement, pensant à un panaris du pouce, fait alors, au bistouri, une incision profonde de un centimètre un peu en dehors de la pustule. La plaie saigne abondamment, mais ne donne pas de pus.

Ce traitement n'amène aucun soulagement, au contraire. Notre malade souffre de plus en plus ; le doigt est maintenant nettement enflé, très rouge, très enflammé. La mince pellicule qui recouvre la phlyctène est enlevée, découvrant une toute petite ulcération assez profonde.

Le médecin de l'établissement pratique alors une 2e incision, transversale, en arc de cercle, au-dessous de la matrice de l'ongle, qu'il suit. Pas le moindre pus, mais une assez forte hémorragie.

Les douleurs s'exaspèrent de plus en plus ; le malade ne peut prendre de repos. Tout le pouce est œdématié, rouge, sensible.

Devant ces phénomènes douloureux et inflammatoires, au 4e

jour de la maladie, le médecin persiste à croire à un panaris et pratique une 3e incision au bistouri. Cette incision, longue et profonde, longe le bord interne du pouce, depuis le bord libre de l'ongle jusqu'au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. Tujours pas de pus.

Les souffrances du malade sont alors à leur maximum. C'est une douleur permanente, extrêmement aigüe, avec des élancements fréquents très pénibles. Le moindre contact des lèvres de l'incision, maintenant infectées et purulentes, est une torture. Notre homme ne peut dormir, ni prendre de repos, et se voit obligé d'employer des procédés divers, des « trucs » tels que l'élévation permanente de la main, ou bien des bains prolongés des doigts pour obtenir une légère accalmie.

Il se décide alors à aller à la consultation de chirurgie d'un hôpital de la rive droite, où sa plaie est traitée comme une inflammation banale, par des pansements humides. On pratique un examen bactériologique du pus et l'on décèle de nombreux staphylocoques avec quelques bacilles d'aspect douteux.

On complète alors le traitement par 2 injections hypodermiques, de vaccin anti-staphylococcique de l'Institut Pasteur, sans résultat bien évident.

Devant l'aspect anormal des lésions et leur résistance aux moyens de traitement, on envoie le malade à la consultation de l'hôpital St-Louis.

Le malade est vu à la consultation, par M. le Dr Thibierge, qui, aussitôt, fait le diagnostic de chancre simple. Le malade est admis, dans son service, salle Devergie, lit 20 bis.

A son entrée, à l'hôpital, le 30 avril, le malade se trouve au 10e jour de sa maladie.

On constate qu'il présente, au pouce gauche, à la partie supéro-interne, une ulcération de forme triangulaire, de 2 cm ½ de long, sur 2 c/m de large. Elle se trouve limitée nettement par les 2 incisions, l'une transversale, au-dessous de l'ongle, l'autre longitudinale, partant de l'angle interne de l'ongle jusque vers le milieu du pouce.

Ses caractères et surtout son aspect, de forme géométrique, bien que considérablement modifié par les traitements antérieurs et par le bistouri, sont ceux du chancre simple. L'ulcération est

profonde, à fond irrégulier. La partie distale, péri-unguéale, est bourgeonnante, tomenteuse, entourée d'un bourrelet exubérant en forme de chou-fleur, surtout considérable au niveau de l'angle interne de l'ongle.

La partie inférieure de la plaie, taillée en pointe, a des bords extrêmement nets, un peu surélevés, à pic, « taillés au couteau ». Ils sont nettement décollés, et l'on y remarque le petit liseré rouge caractéristique du chancre simple. A ce niveau, on découvre, à la sonde, un trajet fistuleux sous-cutané, assez étendu, qui se prolonge jusque dans le 1er espace interosseux. Le fond de la plaie, grisâtre, avec des stries rouges, est très irrégulier et sécrète une quantité considérable de pus grumeleux, différent du pus crémeux du panaris vulgaire.

Autour de la plaie, la peau est rouge, tendue, œdématiée, formant un bourrelet qui enchâsse l'ulcération. L'enflure a gagné la racine du pouce et le bord radial de la main, mais l'œdème inflammatoire, blanc, mou et indolore, diminue d'importance au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la plaie. Il n'est, en somme, guère en rapport avec l'étendue des lésions et des phénomènes douloureux.

Les articulations du pouce ne paraissent pas atteintes, pas plus que les gaînes synoviales tendineuses. Le périoste de la phalange paraît intact, La flexion du pouce est possible. Le pourtour de l'ulcération est le siège de douleurs extrêmement vives, non seulement à la moindre pression, mais spontanément, avec des élancements, fréquents, très aigus et extrêmement pénibles.

L'état général est atteint, également, mais d'une façon légère. Le malade maigrit, il a un peu de fièvre le soir 37°5 - 38°2 - 38°5.

Dans les jours suivants, le petit trajet sous-cutané du bord interne du pouce, s'allonge et vient descendre jusqu'à la partie supérieure du 1er espace interosseux.

En même temps, on voit apparaître au niveau du poignet et de la face antérieure de l'avant-bras, des traînées de lymphangite, avec léger œdème, rouge, dur, un peu sensible. La peau est sèche et lisse, mais la lymphangite se trouve exactement localisée à la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Quelques jours après, à deux travers de doigt du milieu du pli du coude, juste au dessous du V veineux du coude, on voit appa-

raître une tuméfaction arrondie, à contour un peu diffus, douloureuse, de couleur rouge, violacée, et du volume d'une pièce de 5 centimes. C'est un bubonule, un abcès lymphangitique chancrelleux. La collection purulente se forme, la peau s'amincit, on perçoit. On incise et on curette suivant la technique habituelle des bubons chancrelleux. Cet abcès, ne correspondant à aucun ganglion, guérit rapidement, sans complications.

En aucun moment de l'évolution on ne remarque d'adénite du ganglion épitrochléen. Par contre, les ganglions axillaires s'engorgèrent de bonne heure, formant une masse assez considérable, douloureuse, avec légère inflammation et rougeur de la peau. Pas de suppuration.

Vers le 8e jour de son entrée le malade se plaint de troubles visuels, récidive d'une ancienne choroïdite. Il souffre de l'œil et se plaint de petits points noirs, de lacunes dans son champ visuel. Rien d'appréciable au simple examen.

Le 21 mai, il est fait, avec du pus de l'ulcération du pouce, une inoculation au bras. Deux jours après, on enlève le verre de montre qui recouvre l'inoculation et l'on trouve une petite ulcération linéaire, à bords blanchâtres, nettement décollés, à fond gris, suintant, typique de l'inoculation chancrelleuse.

Un examen du frottis de l'ulcération du pouce, pratiqué directement sur lame, et coloré au bleu polychrome, et à la thionine phéniquée, révèle à côté de nombreux microbes d'apparence banale, quelques bacilles de Ducrey.

Le 10 mai, on pratique une réaction de Wassermann, qui fut trouvée nettement négative.

Les douleurs spontanées se calment rapidement sous l'influence du temps et du traitement. Mais la plaie continue à être sensible à la pression, même légère. L'ulcération diminue d'étendue, les extrémités angulaires des anciennes incisions se comblent, le fond de la plaie devient rouge et bourgeonnant. Il se forme une croûte qui recouvre le tout. L'œdème du doigt a disparu, mais il y a un peu de raideur des articulations du doigt.

Le malade sort le 9 juin, et quitte le service, guéri.

BIBLIOGRAPHIE

LOMBARD. — Cours de chirurgie pratique des maladies vénériennes. Paris, 1792.

RICORD. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1838.

CULLERIER. — Gazette des hôpitaux. 1843.

CLERC. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1858.

— Trois cas de chancres du doigt, coïncidant avec un chancre du prépuce. Paris, 1886.

ALFRED FOURNIER. — Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie de Jaccoud. Paris, 1872.

PROFETA. — Sur le chancre non infectant.

TIRARD. — Chancres de l'index droit. Gazette des Hôpitaux. 1872.

JULLIEN. — Chancre de l'éminence thénar gauche. Annales de Dermatologie. Paris, 1872.

GRUNFELD. — Chancre du pouce gauche. Wiener Médiz. Presse, 1876.

LE PILEUR. — Statistique des maladies traitées à St.-Lazare. Journal de Médecine de Paris, 1888.

TSCHISTZOKOFF. — Russische Dermatol. Gesellschaft Tarnowski. 1890.

GRIZIBOWSKI. — Chancre du pouce gauche. Wrastch, 1890.

NOVÉ-JOSSERAND. — Nouveaux cas de chancres mous des doigts, (3 cas). Province médicale, 1891.

MAURIAC. — Chancre de l'annulaire. Journal de Médecine pratique, 1891.

TSCHNOGUBOFF. — Seltener lokalisation des Ulcus molle. Moskaüer Dermatolog. Gesellschaft, 1891.

NEUMAN. — Chancre de l'index gauche. Verhandlung der Wiener Dermatolog. Gesells. 1892.

CHEINISSE. — Chancres simples des doigts. Journal des maladies cutanées et syphil. 1894.

GASTOU. — Chancre de l'auriculaire. Société franç. Dermatol. 1894.

KAPYSOWSKI. — Chancre de l'auriculaire. Kroncka Charska, 1894.

JOSEPH. — Chancre de la main gauche. Berlin. Dermat. Verein. 1895.

KREFTLING. — Extra-genitalia ulcera mollia. Norsk. Mog. 1896.

MAURIAC. — Les particularités du chancre mou des doigts. Paris 1896.

SIBUT. — Chancre de l'index gauche et du médius droit. Soc. franç. de Dermatologie. 1898.

JULLIEN. — Chancre du pouce droit (in Sibut).

CSILAG. — Vier Falle von extra genitale weichen Schanker. Archiv. für Dermatologie. Wien, 1899.

JEANSELME. — Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie. 1893.

THIBIERGE. — Article chancre mou, dans traité Bouchard et Brissaud. Paris, 1892.

EMERY. — Annales de Dermatologie. 1896.

GROLLEAU. — Chancres mous des doigts. Thèse de Paris. 1896.

NOVÉ-JOSSERAND. — Nouveaux cas de chancres mous des doigts. Lyon médical, 1895.

NICOLLE. — Reproduction expérimentale du chancre mou chez le singe. Bull. Société de Biologie, 1899.

THOMAS. — Diagnosis and treatment of chancroïds. New-York, 1899.

BEZANÇON, GRIFFON et LESOURD. — Recherche sur la culture du bacille de Ducrey. Archives de Dermatol. Paris, 1901.

DU CASTEL. — Le chancre simple. Tribune médicale, 1901.

GIOVANNICI. — Experimente über die Desinfection von Wunder welsche mit Eiter von Ulcus molle inficirt worden. Archiv. für Dermat. 1901.

ULLMANN. — Uber das Vorkommen von extragenitalen weiche Schanker geschwüren. Wiener mediz. Woschenschrifft. 1902, juin.

ZEISSL. — Uber den Ducreyschen Bacillus, den Erregner des venerischen geschwürs.

QUEYRAT. — Chancres mous des doigts et de la main. Soc. franç. Dermat. 3 juillet 1902.

RESPIGHI. — Cultura del bacillo di Ducrey. Soc. italian. di dermatol. 1902.

TOMACZEWSKI. — Bakteriologische Untersuchungen über den Erreguer des Ulcus molle. Deutsche Zeitsche für Hygien, 1903.

MORI. — Statistik über Ulcus molle bei den Prostituierten. Japonische Zeitchr. für Dermat. mars, 1903.

BLASCKKO. — Uber ulcus molle rein Kulturen. Berlin Derm. Gesell. 1903.

LOWINSKI. — Le bacille du chancre mou et sa toxine. Przeglad lokarski. 1904.

SIBERT. — Uber extragenitale Ulcera mollia. Mediz. Klinik. Berlin, 1905.

THIBIERGE, RAVAUD et LESOURD. — Le chancre simple expérimental de la paupière du singe macaque. Annal. de Dermat. Octobre 1905.

GRIFFON et DEHERAIN. — Chancre mou de l'index et abcès lymphangitique à distance. Soc. franç. Dermat. 9 nov. 1905.

AMEUDE. — Ein Fall von Ulcus venereum des Fingers mit cubital Drüsen Bubo. Dermat. Gesell. 1906.

DUGIN. — The soft chancre. Américc. Journ. of Dermat. 1907.

DANLOS et DEROYE. — Chancre mou de la main. Soc. franç. Dermat. 1907.

SABOURAUD. — Soc. franç. Dermat. 1902.

BATTUT (Médecin-major). — Chancres mous accidentels de la main avec complications insolites. Journal des Maladies cutanées, mai 1905.

QUEYRAT et BRICOUT. — Chancrelles de l'index. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1908.

ARTIGUE. — La chancrelle en Algérie. Thèse de Montpellier, 1907-1908.

DANLOS et LÉVY-FRANCKEL. — Chancres mous de l'index. Soc. franç. de Dermat. 3 décembre 1908.

LINDEMANN. — Uber extragenitale ulcera mollia-inaug. Diss. Berlin, 1908.

GAUCHER. — Chancre mou du doigt. Journ. Médecine pratique. 1909, p. 731.

JEANSELME. — Chancre mou primitif du doigt. Bulletin médical. 14 juillet 1909.

SPRECHER. — Dell'ulcera venerea extragenitale. (chancre de l'avant-bras et du médius). Giornal. italian. di malatti venerie. 1910.

NAKAKO. — Statistische Studie des weichen Schanker (10e congress. die dermatol. urol. gesello. in Japan. 1910.

GRUNDEROFF. — Ulcera mollia extragenitali. Russ. dermatol. Gesells. Tornows. 18 décembre 1910.

GAUCHER, DRUELLE et JACOB. — Auto-inoculation par grattage de chancres mous chez un malade atteint de gale. Soc. franç. Dermat. 7 juillet 1910.

GRUNDEROFF. — Chancre mou de l'index. Russ. Dermat. Gesells. 1911.

FOUQUET. — Le chancre mou. Journal de médecine interne. Mars 1911.

MERIAN. — Ein Fall von extragenitalen Ulcus molle des linken Oberarmesmonatheft. für prokt. Dermat. 1912.

DRUELLE et THIBAULT. — Le chancre mou des doigts et de la main. Annales des maladies vénér. 1912 p. 661.

— Uber die Reaction des Kultur von Bacillus ulceri molli über verschiedenen Zuckerarten. Japonis. Zeitschr. für Dermat. 1912.

GOUGEROT. — Chancre mou, faits nouveaux. Paris médical, 28 avril 1912.

RAMOZOTTI. — Chancre du médius et de la racine de la cuisse. Giornale italian. di malat. vener. 1911.

NOBL. — Extragenitale Ulcus molle. (Chancre de l'avant-bras, culture impossible par étouffement du streptobacille par du staphylocoque).

WEDEL et BAUMET. — Chancres mous extragénitaux (3 cas). Montpellier médical, décembre 1912.

PARAMANOFF. — Du chancre mixte. Thèse de Paris, 1912.

NICOLAS, MOUTOT et GATÉ. — Chancres simples extragénitaux. Lyon Médical, 7 juillet 1912.

LIPSCHUTZ. — Extragenitale Ulcus molle am rechten Zeigefinger. Wiener Dermat. gesells. février 1912.

HUDELO et BODINEAU. — Chancrelles du doigt par inoculation d'une chancrelle de la verge sur des plaies traumatiques. Soc. franç. Dermat. novembre 1912.

KAMINURA et SIMATZU. — Uber wiederstandkraft von Ulcus molle Bacillus gegen arzmittel. Japan. Zeitsch. für Dermat. mars 1912.

BALZER et BELLOIR. — Chancre mou du doigt médius traité par l'air chaud et suivi de raideur articulaire. Soc. Dermat. juin, 1912.

PAROUNAGIAN. — Multiples chancres of the hand. Journ. of cutan diseases, octobre 1913.

JANSCHEK. — Sur la question des chancres mous extragénitaux, Soc. de Dermat.. d'Odessa. 20 mars 1913.

LIPSCHUTZ. — Extragénitale weiche geschwür auf streckseite des rechten Mittelfingers.

TETSUTA-ITO. — Etudes cliniques, bactériologiques et sérologiques sur le chancre mou. Archv. für Dermat. vol. 116, 1913.

MORTON. — Chancroïds. Médical Times. New-York, 1913.

SHILMINE. — Extragenital chancroïds. Texas States Journal, 1913-1914.

BESEN. — Chancre mou du doigt. Wiener Dermat. Gesells, 4 juillet 1913.

GRAVAGNA. — Chancre extragénital. (chancre mou du pouce et de la verge avec bacille de Ducrey typique). Giorn. ital. di mal. ven. 1912.

BRODFELD. — Un chancre mou du pouce consécutif à l'inoculation d'un chancre génital. Médiz. Klinik. n° 28, 1913.

REYNOLD. — A case of auto-inoculation of chancroïds. Amér. méd. journ. of urolog. 1912.

MAZOCCHI. — Due casi di ulcere molli extragenitali. Policlin. Roma, 1915.

PAWLOW. — Localisation à l'index droit d'un chancre mou consécutif à chancre de l'urèthre. Dermat. Zeitschr. nº 11. 1914.

FOULDS. — Teinture of iodin and prevention of venereal diseases. Journal of R. Army Médical Corps, 1915.

LÉVY, BING, MIGNOT et LIPSCHUTZ. — Un centre de vénéréologie. Annales des maladies vénériennes.

MILIAN. — Chancre mou du doigt. Inoculation professionnelle par le pus d'un bubon. Paris Médical, 1918.

— Chancres mous géants du doigt et de la main. Annales des maladies vénériennes. Décembre, 1918.

RHYS. — The work of a venereal disease clinic. Brit. méd. Journ. 1918.

LÉVY, BING et GERBAY. — Un cas de chancrelle du doigt. Annales des maladies vénériennes. 1919.

AMBROSOLI. — Di tu casi di ulcera venerea extragenitali, osp. mag. Milano, 1919.

KEYES. — La prophylaxie des maladies vénériennes à l'armée américaine. Association française d'urologie. Paris, 1919.

RABUT. — Le chancre mou. Revue générale. Gazette des Hôpitaux, 1919.

LORENZO MORINI. — Auto-inoculation extragenitale de chancre mou, (chancre du médius). Giornal. ital. della mal. veneree. Novembre, 1919.

KLAUSENER. — Ulcus molle am linkenzeigefinger infolge Selbstbehaudlung eines genitalen Ulcus molle entstanden. Dermatolog. Woschensch. nº 15. 1918.

BRIVE, IMP. CATHOLIQUE